



SENAT
RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ

Protokół

posiedzenia
Parlamentarnego Zespołu
ds. Kardiologii (02.)

11 kwietnia 2024 r.

Dnia 11 kwietnia 2024 r. odbyło się posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Kardiologii. Jego tematem były „Priorytety dla kardiologii na najbliższe lata”. Otwierając posiedzenie, **przewodnicząca Zespołu ds. Kardiologii, senator RP, Agnieszka Gorgoń-Komor**, przypomniała o celach powołania zespołu, takich jak m.in. skuteczne wdrożenie działań profilaktycznych pozwalające na zmniejszenie wskaźników zachorowalności na choroby sercowo-naczyniowe, będące najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce.

WYSTĄPIENIA

Prof. dr hab. n. med. Robert Julian Gil, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, zaprezentował cele i kierunki działania, które zostały opracowane przez PTK i nazwane „Dekalogiem Polskiej Kardiologii na lata 2023-2025”. Podczas prezentacji przedstawiającej wytyczne dotyczące profilaktyki, prewencji oraz leczenia chorób sercowo-naczyniowych, wskazał czynniki zewnętrzne, które mają olbrzymi wpływ na rozwój chorób kardiologicznych takich jak np. zanieczyszczenie powietrza czy używanie opioidów. Przekonywał, że wprowadzenie skutecznych procedur diagnostycznych i terapeutycznych, jak np. diagnostyka genetyczna czy nowe technologie, to podstawa rozwoju tej dziedziny medycyny. Jako kolejne wyzwania wskazywał zadania związane ze skróceniem kolejek diagnostycznych i zwiększeniem efektywności leczenia. Zapewnił, że dzięki współpracy z instytucjami i ekspertami, planowane jest wprowadzenie zmian w opiece nad pacjentami ze wstrząsem kardiogenym oraz rozwój diagnostyki genetycznej, a pilotażowe programy mają na celu poprawę jakości opieki nad pacjentami.

Pani Agnieszka Wołzenko, prezes Stowarzyszenia EcoSerce, swoją wypowiedź rozpoczęła prosząc o uczczenie minutą ciszy pamięci zmarłego Posła na Sejm RP Rajmunda Millera, inicjatora powstania Zespołu Parlamentarnego ds. Kardiologii. Następnie przedstawiła prezentację pt. „5 priorytetów pacjentów kardiologicznych”. Omawiając ją oceniła, że kardiologia cały czas się rozwija i stara się spełniać potrzeby pacjentów. Zauważyła przy tym, że dzięki współpracy różnych podmiotów część z tych priorytetów została zrealizowana, ale część z nich wciąż czeka na realizację, w tym najważniejszy wśród nich - dostęp do badań genetycznych. Poinformowała, że w 2023 roku utworzono zespół przy Polskim Towarzystwie Kardiologicznym, który przygotował rekomendacje dotyczące badań genetycznych w kardiologii. Zauważyła, że jest to istotny obszar, w którym potwierdzenie wady genetycznej jest kluczowe dla skuteczności leczenia. Wśród priorytetów znalazły się również programy przesiewowe, szczególnie w kontekście społeczeństwa starzejącego się, ciągłość opieki nad pacjentem kardiologicznym i usprawnienie ścieżki leczenia oraz edukacja personelu medycznego w zakresie diagnostyki, aby pacjenci otrzymywali odpowiednią opiekę. Podsumowując stwierdziła, że istnieje wiele obszarów do poprawy w opiece kardiologicznej ale najważniejsze jest, aby skoncentrować się na zapewnieniu pacjentom odpowiednich badań, leczenia i edukacji, w celu zmniejszenia obciążenia chorobami sercowo-naczyniowymi w społeczeństwie.

Pani Monika Horna-Cieślak, Rzecznik Praw Dziecka, stwierdziła, że wiele ważnych nawyków kształtuje się już w okresie dzieciństwa i ma wpływ na nasze życie jako dorosłych, a także na sposób, w jaki wychowujemy dzieci. Zaznaczyła, że Rzecznik Praw Dziecka przywiązuje dużą wagę do zdrowia dzieci, również w kontekście kardiologii. Zaproponowała spotkanie w mniejszym gronie w celu omówienia sposobów edukacji i promocji zdrowych nawyków, zwłaszcza poprzez programy przesiewowe. Przyznała, że wczesna diagnostyka jest kluczowa dla zapewnienia zdrowia dzieciom, a także dla świadomości rodziców na temat możliwych zagrożeń. Zapewniła, że zdrowie dzieci jest dla niej priorytetem. W dalszej części pani Rzecznik poprosiła przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia o udzielenie informacji na temat obecnego stanu prawnego w zakresie deklaracji praskiej oraz planów Ministerstwa Zdrowia w tej kwestii. Zapytała również, czy są już jakieś konkretne plany i działania związane z edukacją lub programy prewencyjne, skierowane bezpośrednio do dzieci i młodzieży.

Pan Konrad Korbiński, zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia przedstawił priorytety w zakresie kardiologii. Do najważniejszych z nich należą: rozwój profilaktyki i edukacja. Poinformował, że Ministerstwo Zdrowia opracowało Narodowy Program Chorób Układu Krążenia, który został uznany za istotne narzędzie w realizacji działań profilaktycznych. W ramach planowanych działań resort zamierza zebrać, podsumować i przeanalizować dane, pozyskane z obecnych programów profilaktycznych. Planowane jest uruchomienie centralnego programu przesiewowego, zapewniającego równy dostęp do profilaktyki kardiologicznej w całej Polsce. Zapewnił, że Ministerstwo Zdrowia jest otwarte na propozycje pełnomocnika ds. Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia i Krajowej Rady Kardiologii. W resorcie planowane jest wprowadzenie narzędzia umożliwiającego ocenę ryzyka zdrowotnego na podstawie ankiety, wspierającego wczesną diagnostykę i prezentującego rekomendacje Ministerstwa Zdrowia dotyczące odpowiedniej interwencji. Potrzebny jest rozwój programów przesiewowych, szczególnie w zakresie badań genetycznych dla identyfikacji ryzyka u pacjentów młodych. Budowanie świadomości w społeczeństwie o zagrożeniach wynikających z chorób sercowo-naczyniowych powinno się odbywać z wykorzystaniem mediów społecznościowych, w celu edukacji i promocji zdrowia, szczególnie wśród dzieci i rodziców. Inwestycje w profilaktykę i wczesną diagnostykę są kluczowe dla systemu zdrowia i korzystne dla obywateli. Przekonywał, jak ważna jest koordynacja działań w celu pełnego wykorzystania potencjału POZ. Wskazał, że największe wyzwanie stanowi niski odsetek podmiotów realizujących opiekę koordynowaną w POZ. Podzielił się również doświadczeniem związanym z realizacją programu KOS-Zawał, który został pozytywnie oceniony, podobnie jak opieka koordynowana w POZ w zakresie tego programu. Następnie przedstawił informację nt. Krajowej Sieci Kardiologicznej, której pilotaż objął 7 województw i blisko 60% podmiotów. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia wdrażanie Krajowej Sieci Kardiologicznej jest kluczowym kamieniem milowym. Zwrócił uwagę na regulacje przepisów prawnych Ministerstwa Zdrowia, które nie mogą blokować rozwoju kardiologii. Poinformował również o planowanych działaniach edukacyjnych i programie „Dziesiątka dla Serca”, który obejmuje dziesięć czynników ryzyka chorób układu krążenia. Zapewnił, również o wsparciu ze strony Krajowej Rady ds. Kardiologii. Przekazał, że resort nie ma konkretnych planów na działania w roku 2025. Na pytanie pani Rzecznik Praw Dziecka, dotyczące deklaracji praskiej, zobowiązał się do udzielenia odpowiedzi na piśmie w późniejszym terminie. Podsumowując wskazał, że priorytety Ministerstwa Zdrowia koncentrują się na rozwoju profilaktyki, edukacji oraz koordynacji działań w obszarze kardiologii, włączając narzędzia przesiewowe i innowacyjne projekty edukacyjne.

Prof. dr hab. n. med. Janina Stepińska, przewodnicząca Krajowej Rady ds. Kardiologii przy Ministrze Zdrowia, dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii im. Stefana kardynała Wyszyńskiego poinformowała, że Rada do Spraw Kardiologii przy Ministrze Zdrowia jeszcze nie rozpoczęła swojej pracy. Stwierdziła, że koordynacja działań pomiędzy wieloma podmiotami to ważny

kierunek prac. Potwierdziła, że dane dotyczące Krajowej Sieci Kardiologicznej oraz dane o Narodowym Programie Chorób Układu Krążenia już są, ale za wcześnie jest jeszcze na wnioski. Nawiązując do programu KOS-Zawał stwierdziła, że jeśli w pewnych regionach Polski przyłożymy się mocniej do edukacji, to program stanie się bardziej popularny i przyniesie zakładane efekty.

Prof. dr hab. n. med. Marek Gierlotka, kierownik Kliniki i Oddziału Kardiologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu, dyrektor Instytutu Nauk Medycznych UO zwrócił uwagę, że programy pilotażowe prowadzone są w wybranych województwach, a pozostałe czekają na możliwość skorzystania z nich. Zasugerował rotacyjność województw objętych pilotażem, aby dostęp do nowych metod był możliwy dla wszystkich. Innym rozwiązaniem, powołując się na sukces programu KOS-Zawał, który ruszył bez pilotażu, jest rezygnacja z niego.

Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Myśliwiec, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego skierowała pytanie i apel do przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia o realizację złożonego już projektu programu Karta Świadczenia Zdrowotnego Bilans Sześciolatka, który umożliwiłby wykrycie u dzieci hipercholesterolemii rodzinnej. Koszt tego programu to 15 milionów zł. Program jest kompletny, prosty do wprowadzenia i czeka wyłącznie na decyzję Ministerstwa Zdrowia.

Prof. dr hab. n. med. Maciej Banach z Uniwersytetu Medyczny w Łodzi, profesor Uniwersytetu Zielonogórskiego oraz Uniwersytetu Johnsa Hopkinsa w Baltimore, zaapelował aby nie czekać z planami na rok 2025, w którym od stycznia Polska rozpocznie prezydencję w Unii Europejskiej. Przekonywał, że do tego czasu trzeba zebrać konkretne rozwiązania, które Polska będzie mogła zaprezentować w ramach prezydencji dla innych krajów członkowskich Unii Europejskiej. Zwrócił również uwagę, że bilans sześciolatka warto wprowadzić jak najszybciej, żeby wyniki były gotowe już na początku 2025 roku.

Dr Marta Kałużna-Oleksy, prezes Polskiego Stowarzyszenia Osób z Niewydolnością Serc, lekarz w I Klinice Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, zwróciła uwagę na praktyczną stronę działań profilaktycznych. Stwierdziła, że bez współpracy POZ i AOS nie ma możliwości prowadzenia działań profilaktycznych. Opieka koordynowana w zakresie kardiologii jest tak skomplikowana, że nie ma szans zaistnieć w obecnej formie. Oceniała, że należy upraszczać procedury, konieczne jest koordynowanie programów przesiewowych, żeby realnie zachęcić i objąć badaniami jak największą grupę pacjentów. Prewencja nie może funkcjonować bez medycyny jest tak samo ważna jak farmakoterapia czy leczenie interwencyjne. Jest to działanie na takim samym poziomie jak podanie każdego leku, czy zastosowanie każdej procedury, dlatego że chroni przed kolejnymi incydentami. Program KOS-Zawał pokazał, że dokładając poszczególne elementy profilaktyki, można osiągnąć naprawdę dobry efekt prewencyjny. Zaznaczyła, że najważniejsze jest uporządkowanie informacji w kontekście zbierania danych chorobowych populacji, ale musi być to skoordynowane przez ekspertów, którzy będą potrafili przeanalizować te dane oraz wyciągać wnioski i zaproponować zmiany.

Dr hab. med. Krzysztof Dyrbuś, kardiolog w III Katedrze i Oddziale Klinicznym Kardiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca w imieniu profesora Mariusza Gąsiora, kierownika III Kliniki Ardeologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego przedstawił: „Wstępne doniesienia z realizacji programu *Lipidogram dla pierwszaka*”. Jest to program poszukiwania czynników ryzyka przedwczesnej miażdżycy organizowany na terenie Zabrza. Największe trudności podczas realizacji programu wynikały z biurokracji, w szczególności trudne było uzyskanie dobrowolnej zgody: od dyrektorów szkół na przeprowadzenie badań na terenie szkoły, od rodziców na przeprowadzenie badań dzieci oraz

zorganizowanie miejsca w szkole do prawidłowego przeprowadzenia badań. Mimo to program został skutecznie przeprowadzony w szkołach w Zabrze. Na 1300 uczniów w klasach pierwszych przebadano ok. 660 dzieci. Podał też statystyki programu: 4 szkoły nie zgodziły się na badanie, 80% rodziców podpisało wstępne zgody na udział w programie, tylko 69% z nich zgłosiło się do badania, które zostały zakończone. U dzieci zostały wykonane badania antropometryczne, pomiar ciśnienia tętniczego i została pobrana kropelka krwi na badanie stężenia cholesterolu całkowitego i przygodnego stężenia glukozy. W chwili obecnej kontynuowana jest faza pozaszkolna lipidogramu 1-AK, która dotyczy wszystkich dzieci, które miały podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego w badaniu przesiewowym, w badaniu paskowym. Dzieci są badane w dziecięcej kardiologicznej poradni szpitala. Diagnostyka kaskadowa została zaproponowana również rodzicom dzieci w poradni kardiologicznej dorosłych. Poszpitalna część programu jest realizowana. Podsumowując swoją wypowiedź, pan profesor stwierdził, że włączenie programu „Lipidogram dla pierwszaka” do Bilansu Sześciolatka pozwoliłoby na wykrywanie przedwczesnej miażdżycy. Uzupełniając dodał, że wszystkie dzieci, które są przyjmowane w poradni oraz wszyscy rodzice, którzy będą przyjmowani również w poradni kardiologicznej w ramach przeprowadzanych badań mają oznaczaną lipoproteinę A. Podkreślił, że jest to rozwiązanie łatwe i szybkie do wprowadzenia.

Prof. dr hab. n. med. Mariusz Gąsior, kierownik III Kliniki Kardiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Śląskim Centrum Chorób Serca zwrócił uwagę, że nie należy się koncentrować tylko na wykrywaniu hipercholesterolemii rodzinnej ponieważ aż 13-15% osób z zawałem serca to są pacjenci z przedwczesną miażdżycą. Rocznie mamy 70 tysięcy pacjentów z zawałem serca, czyli kilkanaście tysięcy pacjentów rocznie dochodzi do systemu z przedwczesną miażdżycą. Hipercholesterolemia rodzinna powinna być oczywiście najważniejszym elementem badań przesiewowych, ale idea powinna się koncentrować na wykrywaniu przedwczesnej miażdżycy u osób młodych. Daje to możliwość dotarcia do zagrożonych zawałem rodziców.

Prof. dr hab. n. med. Marlena Broncel, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Farmakologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, przedstawiła prezentację pt. „Hipercholesterolemia rodzinna – wyzwania w zakresie diagnostyki i leczenia”. Komentując swoją prezentację powiedziała o utworzonym rok temu Ośrodku Leczenia Zaburzeń Lipidowych, w którym prowadzone są programy lekowe trwające od 5-6 lat i dedykowane pacjentom z hipercholesterolemią rodzinną. Obserwacje wskazują, że 80% pacjentów w programie lekowym z inhibitorami PCSK9 to pacjenci z hipercholesterolemią rodzinną. Najważniejsze wyzwania dotyczące hipercholesterolemii rodzinnej to:

1. Wczesne wykrywanie, przed zdarzeniem sercowo-naczyniowym,
2. Brak bólu jako symptomu, co utrudnia wcześniejszą interwencję,
3. Genetyczne uwarunkowania (autosomalnie dominujące).

Według szacunkowych danych częstość występowania hipercholesterolemii rodzinnej wynosi 1 na 250 mieszkańców. W Polsce powinno być około 150 tysięcy zdiagnozowanych pacjentów, tymczasem obecnie zdiagnozowanych jest tylko ok. 1% przypadków. Choroba przybiera różne postaci: heterozygotyczną (częstsza) i homozygotyczną (rzadsza). Homozygotyczna to 1 na 600 przypadków, lub nawet 1 na milion - w Polsce zdiagnozowanych zostało 6 homozygot. Skutkiem nierozpoznania choroby jest skrócenie życia u dzieci nawet o 20-30 lat. Badania wskazują na korzyści leczenia wczesnych przypadków. Jako wyzwanie dla Ośrodka profesor wskazała potrzebę edukacji i zmian świadomości społecznej, dotyczące chorób krążeniowych. Czas oczekiwania na badania genetyczne jest bardzo długi. Należy stworzyć referencyjne ośrodki leczenia zaburzeń lipidowych. Poinformowała, że w ośrodku prowadzony jest Projekt Badania Piccolo FH, finansowany ze środków Agencji Badań Medycznych, we

współpracy z Ośrodkiem Gdańskim, podczas którego wykonano skryning 400 dzieci z podejrzeniem FH. Leczenie obejmowało podanie środków wyjściowo z użyciem Alirocumab lub Inquisiran. Program ten pokazał jak ważne jest utworzenie ośrodka leczenia zaburzeń lipidowych przeznaczonego dla osób dorosłych i dzieci, z włączeniem do niego diagnostyki genetycznej i poradnictwa dietetycznego. Podsumowując swoje wystąpienie, Pani profesor zwróciła uwagę na konieczność popularyzacji wiedzy o hipercholesterolemii rodzinnej, na wyzwania związane z dostępem do badań genetycznych i długim czasem oczekiwania na wyniki badań, oraz potrzeby stworzenia efektywnego systemu diagnozy i leczenia zaburzeń lipidowych.

Prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski, pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, kierownik Kliniki Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej oraz członek rady naukowej Narodowego Instytutu Kardiologii w Warszawie przedstawił prezentację „Realizacja Krajowej Sieci Kardiologicznej – dotychczasowe osiągnięcia i plany”. Omawiając ją poinformował, że Krajowa Sieć Kardiologiczna jest częścią Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia. Jest to program pilotażowy rozpoczęty w 2022 roku, który świadczy kompleksową opiekę kardiologiczną dla pacjentów z niewydolnością serca, nadciśnieniem tętniczym, wadami zastawkowymi serca oraz arytmia i zaburzeniami przewodzenia. Program rozszerzono na sześć dodatkowych województw: dolnośląskie, łódzkie, małopolskie, pomorskie, śląskie i wielkopolskie. Aktualnie obejmuje on siedem województw, włączając mazowieckie. Pierwotny termin zakończenia programu wydłużono do 31 marca 2025 roku z trzymiesięcznym etapem ewaluacji. Ocena pilotażu planowana jest do 31 lipca 2024, a wraz z opracowaniem ustawy o sieci kardiologicznej do końca września 2024. Ewaluacja ma ocenić korzyści dla pacjenta i efektywność programu. Działania podjęte zostaną na podstawie oceny pilotażu Narodowej Sieci Onkologicznej. Analizując program profesor poinformował, że współpraca odbywała się aż z 528 podmiotami, w tym 1285 zakładami leczniczymi. Liczba zgłoszonych pacjentów przekroczyła 22 tysiące, z równym udziałem kobiet i mężczyzn. Średni wiek pacjentów to 60 lat. Średni czas oczekiwania na specjalistyczną opiekę kardiologiczną wynosi 23 dni a czas oczekiwania na planowe leczenie waha się od 31 do 49 dni, zależnie od województwa. W realizację programu zaangażowane są ośrodki kierujące: lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, AOS, podmioty poziomu pierwszego i drugiego oraz regionalne ośrodki koordynujące. Zgłaszani są pacjenci z dominacją zaburzeń rytmu serca (55%), nadciśnienia tętniczego (19%), niewydolności serca (14%) i wad zastawkowych serca (12%). W ramach dalszych działań należy uwzględnić propozycje zmian w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, opracować standardy diagnostyczno-terapeutyczne dla pacjentów z wadą wrodzoną serca oraz utworzyć zespół kierowany przez konsultanta kardiologii pediatricznej, zajmujący się również działaniami przesiewowymi dotyczącymi hiperlipidemii rodzinnej u dzieci. Podsumowując stwierdził, że planowane działania mają na celu poprawę opieki kardiologicznej w Polsce, a kluczową rolę ewaluacji pilotażu są decyzje dotyczące rozwoju i dalszego finansowania programu.

Prof. dr hab. med. Małgorzata Myśliwiec, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego podzieliła się swoimi doświadczeniami w zakresie priorytetów dla kardiologii. Stwierdziła, że hipercholesterolemia u dzieci często przebiega bezobjawowo, ale może mieć poważne konsekwencje zdrowotne. Należy pilnie wprowadzić badania przesiewowe dla dzieci w wieku sześciu lat w Polsce. Zaznaczyła, że diagnostyka hipercholesterolemii rodzinnej jest kluczowa dla szybkiego rozpoczęcia leczenia i zapobiegania powikłaniom. Brak badań przesiewowych w Polsce w porównaniu do innych krajów europejskich stanowi istotny problem. Planowane działania obejmują stworzenie poradni lipidowych dla dzieci oraz wprowadzenie programu lekowego. Zaproponowała skuteczne metody diagnostyczne, takie jak badanie Intima Media, już od 10 roku życia. Wskazała na istnienie miażdżycy u dzieci, co potwierdza konieczność

wczesnej diagnostyki i leczenia. Skuteczność badań przesiewowych została podkreślona w kontekście wykrywania hipercholesterolemii rodzinnej. Na koniec wyraziła nadzieję na poprawę sytuacji poprzez wprowadzenie planowanych programów diagnostycznych.

Pani Magdalena Daccord, dyrektor Naczelna FH Europe Foundation zapewniła, że zarówno inicjatywy dotyczące profilaktyki jak i karta sześciolatka oraz deklaracja praska uzupełniają się. Wyraziła swoje zdecydowane zdanie, że wspomniane podczas spotkania projekty należy prowadzić łącznie. Stwierdziła, że kwestie związane z hipercholesterolemią rodzinną są aktualnym priorytetem wśród kardiologów. Omówiła potrzebę wprowadzenia europejskiego planu zdrowia sercowo-naczyniowego z uwagi na wagę problemu chorób sercowo-naczyniowych. Przedstawiła istotne dane, dotyczące obciążenia chorobami układu krążenia w Polsce i konieczność działań zapobiegawczych. Podkreśliła konieczność wdrażania programów badań przesiewowych dla dzieci w kontekście zapobiegania chorobom sercowo-naczyniowym. Przedstawiła dane z Europy dotyczące hipercholesterolemii rodzinnej, wskazujące na pilną potrzebę działań profilaktycznych i diagnostycznych. Zaprezentowała statystyki dotyczące liczby zgonów z powodu chorób układu krążenia oraz ich wpływ na obciążenie ekonomiczne. Omówiła znaczenie programów wczesnej diagnostyki hipercholesterolemii rodzinnej i działań zapobiegawczych.

Pani Beata Libera-Malecka, senator RP, przewodnicząca Senackiej Komisji Zdrowia, mówiła o priorytetach w kardiologii oraz potrzebie skupienia się na edukacji i profilaktyce w leczeniu chorób sercowo-naczyniowych. Podkreśliła, że choć istnieją programy zdrowotne i profilaktyczne, ich skuteczność w Polsce pozostawia wiele do życzenia. Zasygnalizowała potrzebę debaty nad programowaniem działań mających dotrzeć do społeczeństwa i podnieść jego świadomość, nie tylko w kontekście kardiologii, ale także innych chorób związanych z czynnikami ryzyka, takimi jak otyłość, stres i brak aktywności. Pani senator wyraziła nadzieję, że pomysł ustanowienia roku 2025 rokiem profilaktyki będzie realizowany efektywnie, mając na uwadze ważność omawianych dzisiaj kwestii.

Dr Krzysztof Chlebuś, adiunkt w I Klinice Kardiologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, koordynator Krajowego Centrum i rejestru Hipercholesterolemii Rodzinnej, w swojej wypowiedzi zaznaczył potrzebę przełożenia dotychczasowych doświadczeń i działań w zakresie hipercholesterolemii rodzinnej na konkretne, instytucjonalne formy działania, poprzez podjęcie konkretnych decyzji politycznych. Zwrócił uwagę na trudności w przekładaniu pomysłów na działania praktyczne, wspominając o swoim osobistym doświadczeniu z ubieganiem się o utworzenie rejestrów. Wyraził chęć prezentacji skutecznego modelu działania i jego potencjalnego wdrożenia na szerszą skalę, zamiast kontynuowania pilotaży. Apelowal o spotkanie decydentów w celu omówienia możliwości praktycznego wdrożenia zmian systemowych w obszarze opieki nad hipercholesterolemią rodzinną, podkreślając, że istniejące doświadczenia pozwalają już na udowodnienie skuteczności tych działań.

Prof. Maciej Banach podkreślił problematykę wieloletniego niedostatecznego postrzegania czynnika ryzyka zaburzeń lipidowych przez polityków. Wskazał na potrzebę konkretnych działań, takich jak stworzenie klinik lipidologicznych i rozszerzenie programu B101, aby skuteczniej zarządzać niezaspokojonymi potrzebami pacjentów. Omówił również wyzwania związane z badaniami genetycznymi, w których pomimo dostępności funduszy często stosuje się podstawowe badania genetyczne, które mogą nie zapewnić pełnego rozpoznania rodzinnego hipercholesterolemii. Zwrócił uwagę na potrzebę edukacji zdrowotnej już w szkołach, w celu zwiększenia świadomości zdrowotnej dzieci i ich rodziców, co może przyczynić się do wcześniejszego rozpoznawania i leczenia chorób sercowo-naczyniowych. Konkludując, podkreślił frustrację ekspertów z powodu długotrwałej nieskuteczności w dziedzinie zarządzania hipercholesterolemią rodzinną.

Prof. dr hab. n. med. Marek Gierlotka podkreślił konieczność podjęcia konkretnych działań po dyskusji. Zwrócił uwagę na różnice regionalne, sugerując, że programy kardiologiczne powinny być dostosowane do specyfiki każdego miejsca, uwzględniając różnice między regionami, takimi jak np. Mazowsze, Opolszczyzna czy tereny położone wzdłuż wschodniej granicy. Zaproponował równoległe i efektywne wdrażanie programów na całym obszarze kraju, sugerując jednocześnie zorganizowanie debaty w Opolu w celu omówienia gotowości każdego województwa do implementacji programów kardiologicznych.

Przewodnicząca Zespołu ds. Kardiologii, senator RP, Agnieszka Gorgoń-Komor na koniec zwróciła uwagę na obecność rzeczniczki praw dziecka, uznając jej urząd za skuteczną platformę do współpracy z różnymi resortami. Omówiła również prewencję wczesną zaburzeń lipidowych w kontekście roku 2025 jako roku prewencji zdrowotnej, nie tylko w kardiologii. Podkreśliła potrzebę wdrożenia zmian systemowych, przywołując konieczność realizacji legislacyjnych zmian. Edukacja i wspólne działania zostały uznane za priorytet. Na zakończenie, przytoczyła powiedzenie „Cholesterol nie boli, a jak cukrzyca to miazdżyca” jako hasło spotkania. Wystąpienie zakończyła apelem o więcej działań niż dyskusji oraz podziękowaniem za udział, z sugestią kontynuacji spotkań decyzyjnych.

PODSUMOWANIE

Podczas posiedzenia zespołu został zaprezentowany Dekalog Polskiej Kardiologii na lata 2023-2025, podkreślający znaczenie procedur diagnostycznych i terapeutycznych oraz konieczność skrócenia kolejek. Omówiono też 5 priorytetów Pacjentów kardiologicznych, szczególnie zwracając uwagę na potrzebę dostępu do badań genetycznych oraz programów przesiewowych. Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia wskazali kluczowe priorytety w dziedzinie kardiologii, skupiając się na profilaktyce, edukacji oraz planach uruchomienia centralnego programu przesiewowego w całej Polsce. Zaznaczono potrzebę koordynacji działań między podmiotami oraz zbierania danych dotyczących Krajowej Sieci Kardiologicznej i Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia. Zwrócono uwagę na konieczność rozszerzenia programów pilotażowych, sugerując rotację województw lub rezygnację z takich inicjatyw na rzecz pełniejszego dostępu do nowych metod diagnostycznych. Podkreślono istotę współpracy między POZ a AOS w profilaktyce chorób serca oraz potrzebę uproszczenia procedur i koordynacji programów przesiewowych dla większej skuteczności prewencji. Najważniejsze jest nie tylko wykrywanie hipercholesterolemii rodzinnej, lecz także przedwczesnej miażdżycy, która jest czynnikiem ryzyka zawałów serca i dotyka kilkunastu tysięcy pacjentów rocznie. Wyzwania związane z hipercholesterolemią rodzinną dotyczą konieczności wczesnego wykrywania choroby pomimo braku objawów. Zaapelowano o natychmiastowe działania w zakresie zarządzania hipercholesterolemią rodzinną, włączając edukację zdrowotną już w szkołach i rozszerzenie programów diagnostycznych, aby przeciwdziałać nieskuteczności w obszarze kardiologii.

(BSS J.A.)