



Fot. 4 x Archiwum Forum Ekonomicznego 2019

Eksperci wobec palących potrzeb neurologii

Ewa Biernacka

Paneliści byli zgodni – neurologia powinna się znaleźć wśród priorytetów polityki zdrowotnej państwa. Ale tylko lekarze podkreślali wagę i pilność tego postulatu. Z danymi epidemiologicznymi i z upływającym czasem nie ma dyskusji. Z faktami, takimi jak brak specjalistów – także nie. Nadciąga kryzys i już dzisiaj brakuje czasu, by mu zapobiec! Takie są wnioski z panelu „Strategia dla neurologii. Choroby mózgu priorytetem polskiej polityki zdrowotnej”, który odbył się w trakcie XXIX Forum Ekonomicznego w Krynicy 2019. Partnerem panelu było Wydawnictwo Termedia, wydawca „Kuriera Medycznego” i „Menedżera Zdrowia”.

Przesłaniem panelu dyskusyjnego „Strategia dla neurologii. Choroby mózgu priorytetem polskiej polityki zdrowotnej” przeprowadzonego w ramach XXIX Forum Ekonomicznego w Krynicy-Zdroju 3–5 września 2019 r. była konieczność objęcia neurologii szczególną opieką państwa

– obok kardiologii i onkologii, które dzięki takiemu uprzywilejowaniu realizują z pożytkiem dla pacjentów strategiczne narodowe plany rozwoju. Neurologia powinna znaleźć się na liście priorytetów zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia ze względu na liczbę pacjentów z chorobami

mózgu, która w ciągu najbliższych lat się podwoi, m.in. z powodu wchodzenia fali powojennego wyżu demograficznego w dolinę cienia – starości i chorób neurodegeneracyjnych. Polski system opieki zdrowotnej musi zostać przygotowany do diagnozowania i leczenia pacjentów neurologicznych. Inaczej w najbliższych latach zderzymy się z problemem rzeszy chorych i skąpej liczby lekarzy i pielęgniarek oraz niemożności stosowania nowoczesnych leków i technologii. Narodowa strategia walki z chorobami mózgu powinna powstać niezwłocznie.

Uczestnikami panelu byli neurologi: prof. Jarosław Sławek (prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego – PTN, kierownik Oddziału Neurologicznego Szpitala św. Wojciecha w Gdańsku i kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego), prof. Agnieszka Słowik (konsultant krajowy w dziedzinie neurologii, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*), ▶

NEUROLOGIA



► prof. Konrad Rejdak (prezes elekt PTN, Uniwersytet Medyczny w Lublinie), a także genetyk prof. Anna Latos-Bieleńska (kierownik Katedry oraz Zakładu Genetyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu), dr Małgorzata Gałązka-Sobotka (dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego), Wojciech Machajek (dyrektor zarządzający, Fundacja Parkinsona), Tomasz Połec (przewodniczący Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego) oraz podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski, który inicjuje, koordynuje i nadzoruje wykonywanie zadań przez Departament Polityki Lekowej i Farmacji.

Wzrost liczby osób z chorobami neurologicznymi ma związek ze starzeniem się populacji i wydłużeniem życia. Skalę epidemiologiczną problemu ilustrują m.in. nakłady finansowe. W Unii Europejskiej w 2010 r. leczenie tych chorób kosztowało płatnika przeszło dwukrotnie więcej niż terapie onkologiczne, kardiologiczne i diabetologiczne razem wzięte.

W swoim wstępie do dyskusji panelowej analizował to zagadnienie prof. Jarosław Sławek. Zauważył, że dane europejskie z 2010 r. ilustrują trend wzrostowy. W 2005 r. w Europie z powodu 12 wybranych chorób mózgu leczonych było 127 mln osób, a w 2010 r. 299 mln osób. W 2016 r. na chorobę Parkinsona chorowało na świecie 6,2 mln osób, prognoza na 2040 r. mówi o 12 mln. Według badań z 2010 r. koszty chorób mózgu w 2004 r. w Europie osiągnęły 386 mld euro (829 euro na mieszkańca), a w 2010 r. – 798 mld euro (1550 euro na mieszkańca). Dane te nie uwzględniają

rzadziej występujących chorób mózgu (mimo małych populacji chorych generują one ogromne koszty), a rzeczywiste koszty chorób mózgu są prawdopodobnie znacznie wyższe.

Wzrost kosztów w neurologii wiąże się też z nowymi terapiami. W obszarze terapeutycznym onkologii w badaniach klinicznych jest 1813 nowych cząsteczek, w chorobach immunologicznych 1120, w chorobach zakaźnych 1256, w neurologii 1329.

Profesor Sławek przedstawił listę problemów neurologii w Polsce, a zarazem propozycje ich rozwiązania przez PTN i Polską Radę Mózgu. – *Brakuje rozwiązań systemowych, choroby mózgu nie są postrzegane jako ważne w polityce zdrowotnej państwa. Neurologia przeżywa kryzys kadrowy, złe są struktury finansowania świadczeń ambulatoryjnych, a zwłaszcza szpitalnych – pacjent po udarze mózgu spędza 8 dni na oddziale, by można było rozliczyć procedurę. Są problemy w realizacji programów lekowych – brak kadr, zła wycena. Na skutek słabego finansowania mamy za mało rezydentur* – wyliczał. Paneliści omawiali aktualną kondycję wybranych dziedzin neurologii. Profesor Agnieszka Słowik przybliżyła zmiany w organizacji leczenia udarów, które przyniosły spektakularną poprawę skuteczności procedur. – *Udar to dziedzina, w której my – neurologi – potrafiliśmy się świetnie zorganizować* – powiedziała.

W Polsce na udar rocznie choruje 80 tys. osób, od 2002 r. dostępne jest przyczynowe leczenie farmakologiczne. Jeśli lek podany jest (jedenorazowo) w ciągu 90 min po doznanym udarze niedo-

”
W Polsce na udar choruje rocznie 80 tys. osób, od 2002 r. dostępne jest przyczynowe leczenie farmakologiczne. Jeśli lek podany jest (jedenorazowo) w ciągu 90 min po doznanym udarze niedokrwiennym mózgu, jeden na czterech pacjentów wychodzi ze szpitala na własnych nogach, a jeśli w ostatnich minutach okna terapeutycznego (które obecnie wynosi 4,5 godziny) – jeden na czternastu

krwiennym mózgu, jeden na czterech pacjentów wychodzi ze szpitala na własnych nogach, a jeśli w ostatnich minutach okna terapeutycznego (które obecnie wynosi 4,5 godziny) – jeden na czternastu. Realizowany z inicjatywy PTN „Program 20 proc. dla Polski” ma podwoić liczbę osób z udarem leczonych farmakologicznie. Pilotaż terapii z użyciem trombektomii mechanicznej prowadzony od 2018 r. pozwala co trzeciemu pacjentowi uniknąć ciężkich powikłań czy śmierci. We wszystkich szpitalach leczących za pomocą trombektomii – stopniowo w całej Polsce – wdrożono program do tomografii komputerowej (na świecie funkcjonuje w tysiącu szpitali), pokazujący w mililitrach objętość mózgu, którą trombektomia pozwoli zachować. Stworzono lokalne sieci leczenia udarów mózgu. Obecnie 2 proc. pacjentów chorujących na udar mózgu leczonych jest tą metodą, m.in. dzięki sprawnej logistyce. – *To wszystko uważamy za sukces* – podkreśliła prof. Słowik.

Możliwości terapeutyczne wzrosły również dzięki dostępności innowacyjnych leków w kolejnym obszarze neurologii – stwardnieniu rozsianym (SM). Profesor Konrad Rejdak, ekspert od SM, przyznał, że lekarze dysponują kilkunastoma lekami skutecznie modyfikującymi przebieg tej przewlekłej choroby. Sprawdza się korzystny ekonomicznie model, w którym ciężar opieki nad pacjentami został przeniesiony na ambulatorium. Lekarze pracują nad udoskonaleniem systemu świetnie zorganizowanej sieci ośrodków. – *Problemem jest brak personelu. Neurologów ubywa, a programów lekowych i procedur przybywa. Na*

domiar złego sztywne zapisy programów lekowych utrudniają życie pacjentom i lekarzom, powodują pogarszanie się zamiast polepszania efektywności opieki. Doświadczonego specjalistę ogranicza nadmiar kryteriów. Bez nich wie, kiedy trzeba zmodyfikować leczenie – powiedział prof. Rejdak.

Sytuację rzadkich chorób genetycznych omówiła prof. Anna Latos-Bieleńska. W Polsce jest ok. 2,5 mln osób z chorobami rzadkimi (ok. 6 proc. populacji), 80 proc. tych schorzeń to choroby genetyczne, a 75 proc. chorób rzadkich ma manifestację neurologiczną. We wszystkich krajach Unii Europejskiej oprócz Polski istnieje narodowy plan dotyczący chorób rzadkich. Prace nad planem krajowym trwają już 10 lat. W końcu powstał i ma być uchwalony do końca III kwartału tego roku (sic!).

przez Instytut Zarządzania wraz ze specjalistami i organizacjami pacjentów (Fundacja Neuropozytywni) uwzględniają specyfikę chorób neurologicznych, z punktu widzenia farmakoekonomisty polegającą na większych kosztach ponoszonych przez ZUS niż przez NFZ. Niektóre z tych chorób są śmiertelne (np. udar mózgu), więc państwo traci wartość, jaką chorzy wyleczeni czy leczeni przewlekłe mogliby wygenerować dla gospodarki. Neurologiczne choroby przewlekłe natomiast powodują utratę efektywności zawodowej, za co płaci państwo. Z zestawienia kosztów pięciu chorób mózgu: schizofrenii, depresji, padaczki, choroby Parkinsona i SM (według statystyk NFZ to ok. 2 mln osób w 2017 r.), wynika, że wydatki na opiekę nad tymi pacjentami w Polsce wyniosły 1,5 mld zł, ZUS wydał 2,8 mld zł, a koszty utraty produktywności to 2,8–3,5 mld zł rocznie.

system opieki nie nadąża za dostępnością leków, w różnych regionach kraju po kilkaset osób oczekuje w kolejkach do specjalisty. Doświadczonych neurologów jest niewiele, a 80 tys. osób ma zdiagnozowaną chorobę Parkinsona. Praktycznie nie istnieje w tej chorobie zorganizowana rehabilitacja. – *Plan koordynacji opieki nad chorymi na chorobę Parkinsona, wypracowany wspólnie przez Fundację, specjalistów neurologów, ekonomistów i ekspertów w centrali NFZ, czeka w Ministerstwie Zdrowia na podpis i wprowadzenie w życie* – powiedział Wojciech Machajek. Wiceminister Maciej Miłkowski odniósł się do zarysowanej przez uczestników panelu sytuacji w neurologii. Przyznał, że problemem jest brak personelu lekarsko-pielęgniarskiego i rehabilitacji – ważnego elementu leczenia, wartego wzmocnienia we wszystkich chorobach neurologicznych. Jego zdaniem strategia chorób mózgu jako priorytet Ministerstwa Zdrowia to zadanie na przyszłość. Na razie Ministerstwo obniżyło wymogi w programie SM, lepiej dostosowało do praktyki klinicznej schemat podawania leków. – *Wiele toczących się badań nad nowymi cząsteczkami daje szansę na przełomowe terapie* – mówił wiceminister. Przyznał też, że w Polsce nie ma diagnostyki genetycznej finansowanej ze środków publicznych i wiele badań genetycznych wykonywanych jest za granicą. – *Nadal nie polepszyła się sytuacja polskich podmiotów, uczelnie i instytuty nabywają technologie ze środków unijnych, ale nie mają właściwego finansowania procedur. Jedyne panele badań genetycznych funkcjonują w onkologii* – powiedział.

Wiceminister Miłkowski zapewnił, że resort będzie nad tym pracować. – *Nierównomierny dostęp do lekarzy i brak dostępu do leczenia biologicznego w różnych regionach kraju wymagają ściągania specjalistów z innych regionów albo kształcenia większej ich liczby* – podkreślił.

Decydenci są zgodni co do tego, że neurologia powinna znaleźć się wśród priorytetów państwa, ale nie dostrzegają równie wyraźnie jak lekarze dramatu.

– *Wyszkolenie kadry lekarskiej trwa kilkanaście lat i w takiej perspektywie nieuchronnie zderzymy się z problemami, jeśli dziś się nimi intensywnie nie zajmiemy* – mówił z troską prof. Sławek. – *Wiele procedur należałoby przesunąć do lecznictwa ambulatoryjnego albo wykonywać w ramach procedur jednodniowych w szpitalach, bo dzisiejszy model opieki nad chorymi jest kosztochłonny z powodu trybu hospitalizacyjnego diagnostyki i leczenia. Brakuje profilaktyki w neurologii, w tym edukacji. Większość pacjentów nie rozumie, co to jest udar. Czekanie na ustąpienie objawów to utrata szansy na uzyskanie skutecznego leczenia, trombektomii czy trombolizy. Mamy wiele do zrobienia. Te choroby dotkną każdego z nas, bezpośrednio lub pośrednio. Co szósta osoba na świecie zachoruje na udar. Musimy o tym pomyśleć dzisiaj, przygotować się pod względem organizacyjnym. Potrzebna jest koordynacja działań i otwartość na rozmowy w NFZ i Ministerstwie Zdrowia, potrzebne są decyzje – pilne stworzenie narodowego planu dotyczącego chorób układu nerwowego* – przekonywał prof. Sławek. ■



Fot. Iwona Burdzanowska / Agencja Gazeta

” Prof. Konrad Rejdak: Problemem jest brak personelu. Neurologów ubywa, a programów lekowych i procedur przybywa. Na domiar złego sztywne zapisy programów lekowych utrudniają życie pacjentom i lekarzom, powodują pogarszanie się zamiast polepszania efektywności opieki. Doświadczonego specjalistę ogranicza nadmiar kryteriów. Bez nich wie, kiedy trzeba zmodyfikować leczenie

– *Jako genetyka klinicznego bulwersuje mnie brak finansowania badań genetycznych – złoto standardu w genetycznych chorobach neurologicznych. Nie ma innej metody ustalenia rozpoznania, dlatego muszą być one finansowane! Europejska Federacja Towarzystw Naukowych regularnie opracowuje standardy diagnostyki z uwzględnieniem badań genetycznych, zwłaszcza metodą sekwencjonowania następnej generacji – sekwencjonowanie egzomu. Upominam się o finansowanie diagnostyki genetycznej u chorych na rzadkie neurologiczne choroby genetyczne!* – apelowała prof. Latos-Bieleńska.

Kwestię opłacalności inwestowania w neurologię omówiła dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, od lat zajmująca się analizą kosztów ekonomiczno-społecznych chorób neurologicznych i psychiatrycznych. Zwróciła uwagę na efekty osiągnięte w ciągu roku w zakresie leczenia udarów dzięki zmianie modelu organizacji, rozszerzeniu technologii, lepszej kwalifikacji do terapii, dobrej koordynacji. Wytyczne Brain Planu przygotowanego dla Polski

– *To jest odpowiedź na pytanie o opłacalność inwestowania w neurologię. Nam się nie opłaca w neurologię nie inwestować* – konkludowała Gałązka-Sobotka. – *Medycyna daje dziś szansę na godne życie z chorobą. Chorzy nie są skazani na wypadanie z rynku pracy, wycofywanie się z ról społecznych. Przykładem inwestycji, której rezultaty są widoczne, jest wzrost nakładów na leczenie SM. W latach 2008–2016 wydatki NFZ na ten cel zwiększyły się o ok. 200 proc. Te intensywne inwestycje w poprawę opieki nad pacjentami przyniosły poprawę skuteczności leczenia* – zapewniła ekspertka.

Przedstawiciele organizacji pacjentów Tomasz Połecz z Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego i Wojciech Machajek reprezentujący pacjentów z chorobą Parkinsona (Fundacja Parkinsona) oceniali zachodzące zmiany i braki w zakresie opieki nad pacjentami. Obaj docenili postęp w farmakologii, dzięki któremu osoby dawniej skazane na niepełnosprawność zyskały większą samodzielność. Zauważyli jednak, że

Więcej informacji i wywiadów z ekspertami na stronie: termedia.pl/mz.
Relacja z panelu na stronie: <https://www.facebook.com/MenedzerZdrowia/>