



Medyczna Racja Stanu

Honorowy Patronat Ks. Kardynała Kazimierza Nycza

II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości Medycznej Racji Stanu

25 czerwca 2020

*

Position Paper

w zakresie Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości w Polsce

Choroby metaboliczne stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. Schorzenia te są poważnym zagrożeniem cywilizacyjnym zwłaszcza w państwach wysokorozwiniętych. Do głównych schorzeń metabolicznych zalicza się: cukrzycę typu 2, otyłość, zespół metaboliczny oraz dyslipidemie. Choroby te stanowią one olbrzymie wyzwanie z perspektywy zdrowia publicznego, polityki zdrowotnej i zasobów systemu ochrony zdrowia. Choroby metaboliczne z powodu liczby zgonów i powikłań oraz wzrostu zapadalności należą do priorytetów zdrowotnych w Polsce. Odpowiadają za rosnące koszty bezpośrednie medyczne oraz koszty pośrednie - wynikające z utraty produktywności. Dzięki postępowi w badaniach klinicznych i ocenie rzeczywistych danych systemowych (Real World Data) obserwujemy złożony mechanizm powstawania powikłań sercowo-naczyniowych w cukrzycy, czy powikłań metaboliczno-kardiologicznych w schizofrenii itp. Dlatego też należy promować całościowe spojrzenie na stan zdrowia i choroby każdego pacjenta pod kątem kompleksowej współpracy pomiędzy lekarzem i pielęgniarką POZ, między specjalistami chorób wewnętrznych, diabetologii, kardiologii, psychiatrii oraz innych specjalizacji w prowadzeniu wielopłaszczyznowej opieki nad pacjentem. Ponadto praca lekarza i pielęgniarki powinna być

wsparta przez edukatorów zdrowotnych, dietetyków, psychologów oraz inne wyspecjalizowane w tym obszarze profesje.

Optymalizacja modelu opieki nad grupą chorych z chorobami metabolicznymi według współczesnych norm powinna polegać na dostępie do leczenia zgodnego ze standardami klinicznymi oraz powinna polegać na działaniach profilaktycznych, w tym na modyfikacji stylu życia i konsekwentnej edukacji zdrowotnej już od najmłodszych lat. Dlatego ważny postulat stawiany przez ekspertów Medycznej Racji Stanu dotyczy wprowadzenia do szkół „Godziny dla Zdrowia”. Jedną z tez dokumentu „Tezy dla Zdrowia” wymienia jako priorytetowe: „Propagowanie wiedzy na temat skutecznego zapobiegania chorobom cywilizacyjnym (sercowo-naczyniowym, onkologicznym, metabolicznym) i premiowanie przestrzegania zasady współodpowiedzialności każdego z nas za własne zdrowie. Fundamentem promocji zdrowia powinno być wprowadzenie do szkół przedmiotu pod nazwą „Podstawy zdrowego życia”, będącego elementem Krajowego Programu Promocji Zdrowia realizowanego we współpracy Rządu z Kościołem”.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z 3 czerwca 2020 r. w sprawie ramowych planów nauczania dla publicznych szkół „lekcje o zdrowiu” staną się jedną z podstaw programowych lekcji wychowawczych. W rozporządzeniu wskazane zostało, że „ze względu na wyzwania cywilizacyjne dzisiejszego świata zasadne jest zwrócenie szczególnej uwagi m.in. na zagadnienia, które kształtują postawy prozdrowotne uczniów”.¹

Kolejną z tez Medycznej Racji Stanu uznaje za istotne „działania wspierające opodatkowanie żywności o wysokiej gęstości kalorycznej (dużo kalorii w małej objętości) i zakaz reklamy takich produktów, a także powszechne wprowadzenie zasady informowania o kaloryczności produktów i posiłków”. Ekspersi popierają tzw. „podatek cukrowy” (czy opłatę prozdrowotną), która może stać się istotnym narzędziem polityki zdrowotnej. Projekt takiej regulacji spotkał się z przychylnością i aprobatą ze strony autorytetów medycznych, środowiska akademickiego i organizacji zrzeszających pacjentów. Wpływy z podatku cukrowego powinny być przeznaczone na nowoczesny program walki z otyłością (i chorobami z nią powiązanymi).

Cukrzyca

Cukrzyca typu 2 jest najczęstszą postacią cukrzycy. Charakteryzuje się zaburzeniem działania i wydzielania insuliny, przy czym każda z tych nieprawidłowości może dominować. W Polsce według danych z raportu Narodowego Funduszu Zdrowia – w 2018 roku było blisko 2,7 mln dorosłych chorych z cukrzycą leczonych farmakologicznie, z czego blisko 90% stanowili chorzy z cukrzycą typu 2. Dodatkowo, obserwuje się stałą tendencję wzrostową – wzrost o 31% od 2013 r. (2,02 mln chorych w 2013 r.). Świadczenia finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2018 r. z powodu cukrzycy zostały udzielone – 1,77 mln dorosłym pacjentom. Cukrzyca jest powszechnym i istotnym problemem zdrowotnym, łącznie z kosztami pośrednimi stanowi duże obciążenie dla płatnika.

1 listopada 2019 r. Ministerstwo Zdrowia dokonało przełomu w dostępie do nowych terapii w cukrzycy typu 2 – objęło refundacją floszyny, które oprócz kontroli glikemii redukują powikłania

¹ Dziennik Ustaw poz. 1008, 08.06.2020 r.

kardiologiczne, będące najgroźniejszą konsekwencją cukrzycy, prowadzącą nawet do zgonu pacjenta. Refundacja ta dotyczy jednak jedynie wąskiej grupy pacjentów, w środkowym etapie schematu terapeutycznego pacjenta i od poziomu HbA1c 8%. Przez środowisko diabetologów i pacjentów oczekiwane jest rozszerzenie refundacji flozyn w rok, najdalej 2 lata od refundacji – zgodnie z publiczną deklaracją Ministra Miłkowskiego. Oczekiwane rozszerzenie względem istniejącego wskazania polegają na:

- a) możliwości leczenia chorych już w przypadku nieskuteczności jednego leku przeciwcukrzycowego (a nie - po dwóch lekach doustnych) – czyli na wczesnym etapie choroby,
- b) możliwości dodania flozyn do terapii insuliną (a nie - ograniczenie do pacjentów przed włączeniem insuliny), czyli na końcowym etapie choroby oraz
- c) na przyjęciu definicji niekontrolowanej cukrzycy zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (tj. zniesienie dotychczasowego limitu na poziomie HbA1c $\geq 8\%$ i przyjęcie $\geq 7\%$). Pacjenci od tego poziomu powinni mieć zintensyfikowane leczenie, a czekanie do poziomu HbA1c $\geq 8\%$ może być uznawane za błąd terapeutyczny. Ze spadkiem poziomu HbA1c jest skorelowany spadek częstości występowania poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych.

Rozszerzenie wskazania o wcześniejsze etapy leczenia pacjentów z cukrzycą jest podyktowane treścią wytycznych European Society of Cardiology (ESC) i European Association for the Study of Diabetes (EASD) z 2019 r., w myśl których, inhibitory SGLT-2 (flozyny), jako klasa leków są rekomendowane u chorych z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym na każdym etapie leczenia cukrzycy (a nie dopiero po zastosowaniu co najmniej dwóch leków doustnych - jak w obecnie określonym wskazaniu refundacyjnym). Leki z grupy SGLT-2 zalecane są nawet przed metforminą u pacjentów z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Najwyższa rekomendacja (1A) dla inhibitorów SGLT-2 jest związana z udowodnioną redukcją liczby zdarzeń sercowo-naczyniowych wśród pacjentów z cukrzycą wykazaną w dużych badaniach klinicznych. Wśród dostępnych badań wyróżnia się w szczególności badanie DECLARE-TIMI 58 - dla dapagliflozyny, które spośród innych badań dla flozyn badało najbardziej liczną grupę pacjentów z cukrzycą typu 2 (17 tys.), o zróżnicowanym profilu ryzyka sercowo naczyniowego, przez co najwierniej odzwierciedla populację pacjentów z codziennej praktyki klinicznej. Spośród wszystkich leków stosowanych w leczeniu cukrzycy jedynie inhibitory SGLT-2 (flozyny) i agoniści receptora GLP-1 (inkretyny) mają udowodnioną w badaniach klinicznych redukcję zdarzeń sercowo-naczyniowych.

Zgodnie z wynikami badania DECLARE-TIMI 58 - stosowanie dapagliflozyny przyniesie choremu korzyści w postaci zmniejszenia o 17% częstości występowania zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych lub hospitalizacji z powodu niewydolności serca. Dodatkowo, co zostało potwierdzone w wielu wcześniejszych badaniach klinicznych dla dapagliflozyny, „podstawowe” korzyści dla chorego związane z leczeniem hipoglikemizującym, będą obejmować poprawę kontroli glikemii, obniżenie masy ciała i ciśnienia tętniczego.

Wg. badania EMPA-REG OUTCOME dodanie empagliflozyny do dotychczasowego leczenia u chorych na cukrzycę typu 2 z wysokim ryzykiem wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych skutkuje istotną, 14% redukcją ryzyka wystąpienia złożonego punktu końcowego, obejmującego zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych, zawał serca niezakończony zgonem oraz udar mózgu niezakończony zgonem. Stwierdzono również istotną, 38% redukcję liczby zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych bez istotnej różnicy w przypadku ryzyka wystąpienia niezakończonego

zgonem zawału serca lub udaru mózgu. Dodatkowo leczenie z zastosowaniem empagliflozyny skutkowało redukcją ryzyka zgonu z dowolnej przyczyny (redukcja o 32%) oraz hospitalizacji z powodu niewydolności serca (redukcja o 35%). Oczekiwana długość życia chorych na cukrzycę typu 2 z wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego jest obniżona średnio o dwanaście lat, a około 50% zgonów u chorych na cukrzycę typu 2 jest powodowanych przez choroby układu sercowo-naczyniowego. Wpływ empagliflozyny w tym badaniu zaobserwowano po jej dodaniu do dotychczasowego leczenia. Oznacza to, że obserwowane korzyści przewyższyły te, które uzyskiwano w przypadku innych leków stosowanych już w związku z cukrzycą i/lub chorobą układu sercowo-naczyniowego (takie jak leki obniżające ciśnienie krwi i stężenie cholesterolu).

Ciążar cukrzycy, jako jednostki chorobowej powinien więc być rozpatrywany razem z licznymi powikłaniami, które ona powoduje. Skalę powikłań rozwiniętych na tle cukrzycy bardzo dobrze obrazuje fakt, iż średni koszt leczenia jednego pacjenta z cukrzycą jest o 82,5% wyższy od pacjenta tej samej płci i w tym samym wieku, ale bez cukrzycy. Całkowite obciążenie budżetu NFZ kosztami cukrzycy, rozumianymi jako suma leczenia cukrzycy, jej powikłań i cięższego przebiegu chorób współistniejących, w 2017 roku wyniosło 6 073 mln zł. Kwota 3 248 mln zł (53,5%) to efekt bardziej kosztochłonnego leczenia osób z cukrzycą w porównaniu do kosztów leczenia pozostałych osób korzystających ze świadczeń finansowanych przez NFZ. Wynika to z faktu, iż chorzy na cukrzycę częściej chorują na inne schorzenia, a przebieg ich chorób jest na ogół cięższy. [NIZP – PZH, Komitet Zdrowia Publicznego PAN, PEX PharmaSequence, 2019].

Ciągły pomiar glikemii metodą skanowania (isCGM)

System do ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania (isCGM) - FreeStyle Libre – umożliwia pacjentowi uzyskanie informacji o stężeniu glukozy i zmienności glikemii w ciągu doby. Sensor gromadzi co minutę informacje dotyczące poziomu glukozy w płynie śródtkankowym a dane mogą być sczytane z niego przy pomocy czytnika lub smartfona z odpowiednią aplikacją. Dzięki ciągłemu pomiarowi glikemii możliwe jest określenie czasu w jakim glikemia pacjenta znajduje się w zakresie docelowym glikemii (TIR, time in range), określonym przez polskie i międzynarodowe wytyczne kliniczne. Wytyczne wskazują na bezpośredni związek ryzyka rozwoju powikłań nie tylko z poziomem HbA1c, ale również z czasem w zakresie docelowym (TIR) lub poza nim. Czas w zakresie docelowym uznawany jest za nowy standard oceny kontroli cukrzycy, uzupełniający wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c). Regularne monitorowanie glikemii przyczynia się do lepszego „wyrównania pacjenta” i redukcji ryzyka występowania powikłań, szczególnie hipoglikemii. Zależność pomiędzy częstością wykonywania pomiarów glikemii a zwiększeniem czasu jaki pacjent przebywa w zakresie docelowym oraz zmniejszeniem czasu poniżej/powyżej zakresu docelowego, jak również lepszą kontrolą HbA1c potwierdzają liczne badania kliniczne oraz dane z codziennej praktyki (Real World Data).

Obecnie system monitorowania glikemii metodą skanowania dostępny jest jedynie dla populacji pediatrycznej z typem 1 cukrzycy. Wskazane jest poszerzenie grupy pacjentów, którzy mają dostęp do systemu w ramach refundacji o pacjentów z cukrzycą leczonych metodą intensywnej insulinoterapii – w pierwszej kolejności przynajmniej poprzez złagodzenie kryterium wiekowego (rozszerzenia dostępu o pacjentów z typem 1 do 26. roku życia) oraz o kobiety w ciąży z cukrzycą ciążową lub przedciążową.

Problem cukrzycy ciążowej dotyczy około 5-8% kobiet, czyli około 20-30 tys. pacjentek rocznie. Spośród tych pacjentek około 25%, czyli w przybliżeniu 7 tys. kwalifikuje się do leczenia insuliną. U części pacjentek jest to zdiagnozowana w trakcie ciąży „ukryta” cukrzyca typu 2, której objawy nie są zahamowane po porodzie. Ponadto około 2-3 tys. pacjentek z typem 1 cukrzycy (zdiagnozowanym przed ciążą), wymaga intensywnej insulinoterapii, czyli wielokrotnych wstrzyknięć w ciągu dnia. Konsekwencje cukrzycy ciążowej dotyczą zarówno płodu jak i ciężarnej. Najgroźniejsze konsekwencje dla płodu to: makrosomia, zaburzenia oddychania (u ok. 10-15% noworodków ze zdiagnozowaną cukrzycą u matki), hiperbilirubinemia, opóźnienie dojrzewania płodu – niedojrzałości płuc i wątroby, przebudowa struktury mięśnia sercowego, niedotlenienie wewnątrzmaciczne, zaburzenia krążenia, hipoglikemia i urazy około porodowe. Z kolei najczęstsze powikłania u ciężarnej to: nadciśnienie, rzucawka, która prowadzić może do śpiączki i być bezpośrednią przyczyną zgonu oraz konieczność porodu drogą cięcia cesarskiego.

Ryzyko zarażenia COVID-19 przez pacjentów z cukrzycą jest podobne jak u populacji ogólnej. Wyższe jest natomiast ryzyko ciężkiego przebiegu choroby u osób zarażonych, które niestety często kończy się zgonem. W związku z powyższym wskazane jest ograniczenie przez chorego potencjalnych sytuacji sprzyjających zarażeniu. Zaleca się m.in. zastępowanie „zwykłych” wizyt u diabetologa wizytą telemedyczną.

Nowoczesne metody monitorowania cukrzycy metodą skanowania dostarczają pacjentowi i lekarzowi dodatkowych narzędzi wspomagających proces terapeutyczny. Dzięki specjalnemu systemowi (LibreView) lekarz może mieć na bieżąco dostęp do wyników pomiarów poziomu glukozy wykonywanych przez pacjenta i ocenić nie tylko poziom glikemii, ale także jej zmienność. Dzięki tym danym lekarz ma możliwość podejmowania niemal wszystkich decyzji dotyczących utrzymania obecnej terapii lub jej modyfikacji na odległość. Tym samym znaczna część wizyt u diabetologa może z powodzeniem zostać zastąpiona przez kontakt zdalny. Poza aspektem epidemiologicznym, szersze stosowanie rozwiązań telemedycznych może mieć istotne znaczenie dla systemu opieki zdrowotnej poprzez skrócenie czasu wizyty, skutkujące skróceniem kolejek do specjalisty. Tym samym poprawi to współpracę pacjenta z lekarzem w leczeniu choroby przewlekłej. Dodatkowe środki przeznaczone na refundację systemu ciągłego pomiaru glikemii metodą skanowania pochodzić mogą z planowanego podatku cukrowego. Szersze udostępnienie nowoczesnych metod monitorowania wpisuje się w politykę skutecznej profilaktyki i leczenia cukrzycy.

Systemy ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT)

Największą wartość terapeutyczną ma połączenie insulinoterapii za pomocą pomp insulinowych z systemem ciągłego monitorowania glikemii – CGM. Na ten moment to jest optymalny model diagnostyczno-terapeutyczny, który zmierza w kierunku stworzenia sztucznej trzustki. Ten model umożliwia, również zastosowanie rozwiązań telemedycznych. W dobie intensywnej insulinoterapii, największym obecnie wyzwaniem dla lekarza diabetologa oraz pacjentów z cukrzycą typu 1 stała się hipoglikemia, a zwłaszcza poważny problem jej nieświadomości wśród pacjentów. W świetle aktualnej literatury i wyników badań naukowych (EBM), najbardziej skutecznym a zrazem coraz bardziej dostępnym rozwiązaniem terapeutycznym, stały się systemy zintegrowane (pompa insulinowa z wbudowanym systemem CGM), które w oparciu o ciągły pomiar glukozy, potrafią automatycznie modyfikować podawanie insuliny, skutecznie chroniąc

pacjenta przed hipoglikemią i jej groźnymi następstwami. Nowoczesne systemy zintegrowane, w swej funkcjonalności, coraz bardziej doskonale naśladują fizjologię podawania insuliny. W Polsce pacjenci mogą korzystać już z takich urządzeń, ale są one refundowana dla pacjentów do 26 r.ż.

Ze względów klinicznych i ekonomicznych wskazane jest aby również pacjenci po przekroczeniu 26 r.ż. mogli korzystać z tej metody terapii. System Ciągłego Monitorowania Glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) powinien być refundowany publicznie z dopłat 30% u dorosłych powyżej 26 roku życia z cukrzycą typu 1 leczonych za pomocą pompy insulinowej, z nieświadomością hipoglikemii czyli brakiem objawów prodromalnych niedocukrzenia.

Należy również podkreślić, że na naszych oczach wprowadzana jest do terapii pierwsza hybrydowa sztuczna trzustka, która jak się przewiduje może stać się bardzo szybko standardem opieki, pozwalającym nie tylko na optymalne wyrównanie glikemii pacjenta ale również na znaczne zredukowanie powikłań cukrzycy (zarówno ciężkich, jak i „odległych”).

Otyłość

Otyłość jest problemem w obszarze zdrowia publicznego, który wymaga interwencji na poziomie krajowym. Już co czwarty dorosły Polak jest otyły. Niestety, problem ten coraz częściej dotyczy również dzieci. Według Światowej Organizacji Zdrowia polskie dzieci tyją najszybciej w Europie. Nadmierne i niekontrolowane spożywanie pokarmów wysokokalorycznych, w tym produktów o dużej zawartości cukru jest źródłem otyłości, która znacznie zwiększa ryzyko zachorowania i powikłań związanych z cukrzycą typu 2, chorobami układu krążenia, niektórymi nowotworami, oraz także chorobami narządu ruchu. Otyłość i związane z nią konsekwencje zdrowotne mogą oznaczać skrócenie życia średnio, aż o 15 lat. Niestety, prognozy nie są optymistyczne. Według ekspertów w 2025 r., aż blisko o 1/3 wzrośnie liczba pacjentów chorych na cukrzycę i nadciśnienie. Obecnie na cukrzycę choruje niemal 3 mln Polaków.

Otyłość nie jest problemem estetycznym, jest problemem medycznym powiązany z rozwojem cywilizacyjnym – dlatego problem otyłości sam nie ustąpi. Wymaga on planowego podejścia, profilaktyki oraz kompleksowego i długotrwałego leczenia farmakologicznego. Efekty pilnych działań w tym obszarze będą wielokierunkowe – odnotujemy nie tylko mniej pacjentów z nadwagą i otyłością, ale też mniej chorych na schorzenia bezpośrednio związane z otyłością: kardiologiczne, onkologiczne, psychiczne, związane z narządami ruchu oraz wiele innych.

Bariatryka – chirurgiczne leczenie otyłości

Według WHO otyłość to jedna z głównych chorób cywilizacyjnych, która szczególnie zagraża mieszkańcom Europy. W ciągu ostatnich 20 lat trzykrotnie przybyło tutaj ludzi z otyłością. W Polsce na otyłość cierpi co czwarta osoba. Otyłość rzędu BMI>35 skraca życie co najmniej o 10 lat. Jeśli do tego dołożyć nadciśnienie, ciężką do uregulowania cukrzycę, bezdech senny, zaburzenia w obrębie narządu ruchu, to życie pacjenta będzie jeszcze krótsze. Cukrzyca typu 2 (najbardziej popularna) w 99,9 proc. jest związana z otyłością.

W Polsce chorych spełniających kryteria kwalifikacji do operacji bariatrycznej (BMI powyżej 40 lub 35 - jeśli otyłości towarzyszą powikłania) spełnia od 400 tysięcy do 1,2 mln ludzi. Przy tak

wielkiej rzeszy chorych niezwykle ważna jest – w kontekście efektywności kosztowej i zapewnienia wysokiej jakości opieki - opieka koordynowana, uwzględniająca leczenie chirurgiczne i opieka oparta na zasadach VBHC. Przykładem takiego rozwiązania jest model opieki koordynowanej KOS-BAR opracowany w formule raportu we współpracy ze środowiskiem specjalistów klinicznych i ekspertów Uczelni Łazarskiego. Chirurgia bariatryczna jest obecnie najskuteczniejszym i najtrwałszym sposobem leczenia otyłości olbrzymiej, która dotyka w Polsce ok. 700 tys. osób. Ten rodzaj chirurgii zapewnia znaczną utratę wagi i pomaga w ponad 40 schorzeniach związanych z otyłością, takich jak: cukrzyca typu 2, choroby serca, obturacyjny bezdech senny i niektóre nowotwory. Należy włączyć tutaj również zapobieganie i łagodzenie objawów chorób onkologicznych. Dla uzyskania najlepszych efektów leczenia otyłości olbrzymiej oraz optymalizacji kosztów niezbędna jest opieka wielospecjalistyczna. Eksperti zgodnie uznają, że niezbędne jest wprowadzenie jednolitych standardów opieki nad pacjentami leczonymi chirurgicznie z powodu otyłości olbrzymiej. Kwalifikacja i przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego powinno się odbywać w zespole wielodyscyplinarnym. Kluczową rolę w pracach takiego zespołu odgrywa koordynator sprawujący nadzór nad przygotowaniem do zabiegu i całym procesem leczenia. Powinien to być lekarz, mający doświadczenie w zakresie leczenia i opieki nad chorymi z otyłością olbrzymią, optymalnie natomiast powinien to być chirurg. Z rekomendacji z raportu Uczelni Łazarskiego wynika zalecenie, aby zabiegi chirurgicznego leczenia otyłości były przeprowadzane w ośrodkach mających doświadczenie w chirurgii bariatrycznej i metabolicznej, z wyszkoloną w tym kierunku kadrą i niezbędnym sprzętem.

Optymalizacja terapii schizofrenii w kontekście redukcji powikłań kardio-metabolicznych

W optymalizacji terapii schizofrenii w Polsce należy uwzględnić umieszczenie zaburzeń psychicznych wśród Priorytetów Zdrowotnych Ministra Zdrowia w latach 2020-2023, oraz realizację celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 poprzez zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi jak najlepszej opieki, która będzie zaspakajała potrzeby zdrowotne pacjentów. Z racji reformy psychiatrii w kierunku przechodzenia z opieki szpitalnej na środowiskową powinno się zapewniać dostęp do obiecujących i efektywnych kosztowo terapii.

Według danych NFZ liczba pacjentów powyżej 18 r.ż. z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym F20 (schizofrenia) jest ok. 180 tys. populacji. W 2017 r. NFZ wydał na świadczenia opieki zdrowotnej z tytułu schizofrenii ok. 589 mln zł, rozliczył zaś, aż ok. 60 tys. hospitalizacji chorych z rozpoznaniem schizofrenii o wartości 501 mln zł (85% wydatków NFZ na świadczenia ogółem). W przeciągu siedmiu lat liczba hospitalizowanych pacjentów ze schizofrenią zmniejszyła się o blisko 16% - co może stanowić o efekcie stosowania nowych terapii lekowych. Choroby psychiczne i zaburzenia nastroju są pierwszą z przyczyn niezdolności do pracy Polaków, generując 5,8 mld złotych wydatków ZUS w 2017 r. Schizofrenia dotyczy ludzi w wieku produkcyjnym - średni wiek chorego w chwili diagnozy to 27 lat. W 2017 r. wydatki ZUS na świadczenia związane z niezdolnością do pracy z tytułu schizofrenii (1,2 mld zł) dwukrotnie przewyższały wydatki NFZ (589 mln zł) na świadczenia opieki zdrowotnej w tym rozpoznaniu. Według estymacji Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego koszty pośrednie utraty produktywności w wyniku absenteizmu chorych na schizofrenię wyniosły w 2017 r. ok. 2 mld zł.

Te dysproporcje są możliwe do uniknięcia, dzięki poprawie modelu opieki oraz dostępowi do nowych terapii lekowych w chorobach psychicznych – w tym w schizofrenii. W latach 2018-2020 nastąpił poprawa w dostępie chorych na schizofrenię do nowych terapii. Ministerstwo Zdrowia zrefundowało od lipca 2018 r. - palmitynian paliperidonu, który można podawać co miesiąc u pacjentów „ustabilizowanych” klinicznie, a od stycznia 2020 r. - paliperidon, który można podawać co 3 miesiące.

Refundacja nowego leku - lurasidonu mogłaby uzupełnić możliwości terapeutyczne chorych na schizofrenię oraz wpisać się w optymalizację opieki psychiatrycznej, prowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia. Jest to lek dopuszczony do obrotu na terenie Unii Europejskiej od 21 marca 2014 r. Lek ten jest terapią z wyboru u chorych na schizofrenię z grupy ryzyka rozwinięcia polekowych powikłań kardiologicznych, do których należą przede wszystkim wydłużenia odstępu QTc i nagłe zgony. Jednocześnie lurasidon ma mniejszy potencjał wywoływania przyrostu masy ciała, więc subpopulacją chorych odnoszących większe korzyści mogą być chorzy na schizofrenię z zespołem metabolicznym (z nadwagą/otyłością) w przebiegu stosowania innych LAI. Redukcja powikłań kardio-metabolicznych dzięki refundacji lurasidonu przekłada się na zmniejszenie hospitalizacji o 60%. Prezes AOTMiT, rekomendując pozytywnie w grudniu 2018 r. objęcie refundacją produktu leczniczego Latuda (lurasidonum) stwierdził:

„Uważa się za zasadne finansowanie ze środków publicznych lurasidonu we wskazaniu: leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów w wieku 18 lat i starszych. Wytyczne kliniczne zalecają w leczeniu schizofrenii stosowanie leków przeciwpsychotycznych II generacji, do których należy lurasidon. Ze względu na fakt, że wytyczne wskazują nakierowanie się indywidualnymi przesłankami podczas wyboru linii leczenia schizofrenii, objęcie refundacją wnioskowanej technologii medycznej może przyczynić się do poszerzenia wachlarza dostępnych terapii w leczeniu schizofrenii.”

Zespół metaboliczny

Zespół metaboliczny nie stanowi odrębnej jednostki chorobowej – jest to grupa kilku czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego i cukrzycy typu 2. Zespół metaboliczny rozpoznaje się, gdy u danej osoby występują co najmniej trzy z zaburzeń: otyłość brzuszna, wzrost stężenia trójglicerydów we krwi, wzrost stężenia frakcji HDL cholesterolu we krwi, podwyższone ciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2.

Dyslipidemia

Dyslipidemia to stan, w którym stężenia lipidów i lipoprotein w osoczu nie odpowiadają wartościom uznanym za pożądane. W praktyce klinicznej wyróżnia się hipercholesterolemię, dyslipidemię aterogenną i ciężką hipertriglicydemię. Według badania WOBASZ częstość współistnienia zaburzeń lipidowych i nadciśnienia tętniczego wynosi dla całej populacji Polski 32-34 proc. mężczyzn i 31 proc. kobiet. Wysoce niezadowolający odsetek osób z dobrą kontrolą zarówno ciśnienia tętniczego, jak i stężenia cholesterolu LDL wymaga dalszych działań mających na celu poprawę obecnego stanu. Według europejskich wytycznych dotyczących postępowania z chorymi z zaburzeniami lipidowymi w grupach wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka sercowo-

naczyniowego należy nie tylko uzyskać wartości docelowe stężenia cholesterolu LDL, ale także obniżyć jego stężenie o 50 proc. w porównaniu do tych wartości.

Kontakt: Anna Jasińska – Rzecznik Medycznej Racji Stanu,
tel. +48 734 439 122,
e-mail: jasinska@greencomm.pl

PARTNERZY:

