



CHOROBY NEUROLOGICZNE

SCHORZENIA NEUROLOGICZNE W POLSCE I NA ŚWIECIE

Światowa Organizacja Zdrowia od lat apeluje do rządów krajów wysokorozwiniętych, aby uznały schorzenia neurologiczne za jeden z kluczowych obszarów zdrowia publicznego. W najnowszym stanowisku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz Światowa Federacja Neurologii (World Federation of Neurology) podkreślają, że rosnące potrzeby pacjentów cierpiących na choroby neurologiczne w Europie wymagają przestrzegania zasady równości w zdrowiu oraz poprawy dostępu do opieki neurologicznej.¹

Około 165 milionów Europejczyków cierpi na zaburzenie neurologiczne. Szacuje się, że całkowite koszty schorzeń neurologicznych (bezpośrednie i pośrednie) mogą wynosić ok. 800 miliardów euro rocznie.² Choroby neurologiczne zajmują trzecie miejsce w Europie pod względem częstotliwości występowania oraz stanowią jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności Europejczyków.³

W Polsce mamy około 5 mln chorych z różnymi schorzeniami neurologicznymi.⁴

Tabela 1. Obciążenie chorobami neurologicznymi w Unii Europejskiej i w Europie według Europejskiej Akademii Neurologii

Region	Populacja	Liczba chorych neurologicznie	Liczba zgonów z powodu chorób neurologicznych	Liczba DALY
Unia Europejska (EU-28)	512 355 000	307 859 199	1 116 038	21 046 899
Europa Zachodnia *	432 969 000	260 827 756	892 162	16 499 342
Europa Środkowa **	114 803 000	67 368 506	300 317	6 024 036
Europa Wschodnia ***	210 199 000	130 372 328	604 144	13 110 119
Europa definiowana przez WHO****	925 631 000	542 935 521	1 981 463	41 319 938

*Europa Zachodnia: Andora, Austria, Belgia, Cypr, Dania, Finlandia, Francja, Niemcy, Grecja, Islandia, Irlandia, Izrael, Włochy, Luksemburg, Malta, Holandia, Norwegia, Portugalia, Hiszpania, Szwecja, Szwajcaria, Wielka Brytania.
**Europa Środkowa: Albania, Bośnia i Hercegowina, Bułgaria, Chorwacja, Republika Czeska, Węgry, Macedonia, Czarnogóra, Polska, Rumunia, Serbia, Słowacja, Słowenia.
***Europa Wschodnia: Białoruś, Estonia, Łotwa, Litwa, Mołdawia, Rosja, Ukraina.
****WHO-Europa obejmuje: Armenię, Azerbejdżan, Gruzję, Kazachstan, Kirgistan, Turcję i Uzbekistan.

Źródło: Europejska Akademia Neurologii.

¹ https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Raport_neurologia_19.10.21.pdf

² <https://www.mzdrowie.pl/wp-content/uploads/2021/02/raport-neurologia.pdf>

³ https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Raport_neurologia_19.10.21.pdf

⁴ Ibidem



KADRY W NEUROLOGII

Według Europejskiej Akademii Neurologii, w Europie pracuje ok. 83 tys. neurologów, którzy opiekują się 925-milionową populacją mieszkańców. W 28 krajach Unii Europejskiej wykazano ok. 43 tys. neurologów leczących populację ok. 512 mln obywateli. Odpowiada to 8 neurologom na 100 tys. mieszkańców.⁵

Tabela 3. Liczba neurologów w Unii Europejskiej i w Europie według Europejskiej Akademii Neurologii

Region	Populacja	Liczba chorych neurologicznie	Liczba neurologów	Liczba neurologów na 100 tys. mieszkańców
Unia Europejska (EU-28)	512 355 000	307 859 199	43 306	8
Europa Zachodnia *	432 969 000	260 827 756	36 009	8
Europa Środkowa **	114 803 000	67 368 506	9 031	8
Europa Wschodnia ***	210 199 000	130 372 328	29 016	14
Europa definiowana przez WHO****	925 631 000	542 935 521	83 397	9

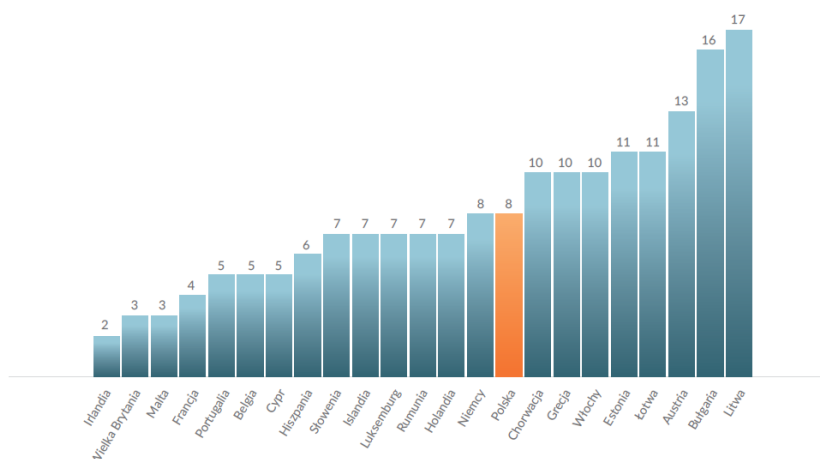
*Europa Zachodnia: Andora, Austria, Belgia, Cypr, Dania, Finlandia, Francja, Niemcy, Grecja, Islandia, Irlandia, Izrael, Włochy, Luksemburg, Malta, Holandia, Norwegia, Portugalia, Hiszpania, Szwecja, Szwajcaria, Wielka Brytania.
 **Europa Środkowa: Albania, Bośnia i Hercegowina, Bułgaria, Chorwacja, Republika Czeska, Węgry, Macedonia, Czarnogóra, Polska, Rumunia, Serbia, Słowacja, Słowenia.
 ***Europa Wschodnia: Białoruś, Estonia, Łotwa, Litwa, Mołdawia, Rosja, Ukraina.
 ****WHO-Europa obejmuje: Armenię, Azerbejdżan, Gruzję, Kazachstan, Kirgistan, Turcję i Uzbekistan.

Źródło: Europejska Akademia Neurologii.

Według danych Eurostatu za 2015 r. w poszczególnych krajach można zaobserwować duże różnice w dostępie do lekarzy neurologów – od 2 neurologów na 100 tys. mieszkańców w Irlandii, do 16 i 17 neurologów na 100 tys. mieszkańców w Bułgarii i na Litwie.⁶

W Polsce wykazywanych jest 8 specjalistów neurologii na 100 tys. mieszkańców. Dane te są zbliżone do liczby neurologów zatrudnionych w placówkach finansowanych przez NFZ.⁷

Wykres 1. Liczba neurologów na 100 tys. mieszkańców według Eurostat, 2015 r.



Źródło: Eurostat.

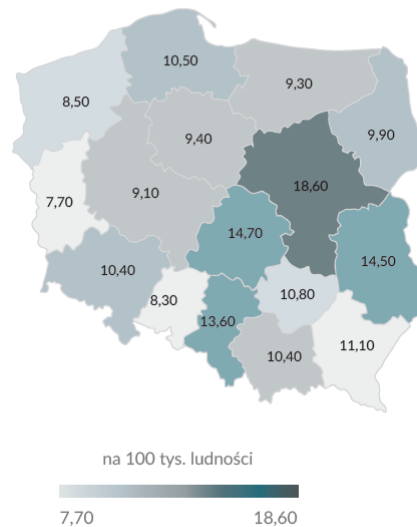
⁵ https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Raport_neurologia_19.10.21.pdf

⁶ <https://www.ema.europa.eu/en/news/development-challenges-medicines-central-nervous-system-disorders>

⁷ https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Raport_neurologia_19.10.21.pdf



Rysunek 2. Liczba lekarzy neurologów przypadająca na 100 tys. ludności w poszczególnych województwach w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ze strony MZ dotyczącej Map potrzeb zdrowotnych 2020 dostępnych na platformie BASiW.

NOWE LEKI W NEUROLOGII

Według raportu pt. „Medicines in Development for Neurological Disorders 2018” firmy biotechnologiczne prowadzą badania w zakresie rozwoju i wprowadzania na rynek ponad 500 leków stosowanych w terapii zaburzeń neurologicznych.⁸

Choroby układu nerwowego to dzisiaj po onkologii druga grupa chorób, w których prowadzi się najwięcej badań klinicznych nowych leków. Aż 74% badanych leków spełnia kryteria „pierwszych w swojej klasie” (ang. first in class). Analizując poszczególne choroby neurologiczne w aspekcie liczby leków w procesie badań i rozwoju, można wyróżnić:

- nowotwory mózgu – 95 leków,
- choroba Alzheimera i inne demencje – 92 leki,
- ból neurogeny – 76 leków,
- choroba Parkinsona – 46 leków,
- padaczka – 36 leków,
- neurologiczne zaburzenia genetyczne – 34 leki,
- stwardnienie rozsiane – 29 leków,
- migrena i bóle głowy typu napięciowego – 27 leków,
- udar mózgu – 26 leków,
- stwardnienie zanikowe boczne – 20 leków.⁹

⁸ Feign V. L, Anthology of stroke epidemiology in the 20th and 21st centuries: Assessing the past, the present, and envisioning the future, International Journal of Stroke, 2019. Dostępne: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1747493019832996?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed

⁹ https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Raport_neurologia_19.10.21.pdf



ZAPOTRZEBOWANIE NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

Proces starzenia się polskiej populacji w kolejnych latach będzie coraz wyraźniej wpływał na wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, w tym szczególnie na świadczenia z zakresu neurologii i rehabilitacji dla seniorów.

Biorąc pod uwagę skalę przemian demograficznych oraz niedostateczne przygotowanie do realizacji zadań wspierających dla osób w podeszłym wieku, należy pilnie i systemowo zapewnić zwiększenie dostępności oraz efektywności świadczeń związanych z leczeniem schorzeń neurologicznych i geriatrycznych.¹⁰

W Mapie potrzeb zdrowotnych dla Polski z 2018 r. przewiduje się, że w latach 2018-2031, znacząco wzrośnie liczba hospitalizacji pacjentów w oddziałach neurologii z 326 tys. w 2018 r. do 361 tys. w 2031 r. Wzrost liczby hospitalizacji prognozowany jest we wszystkich województwach. Szczegółowe dane zawiera tabela poniżej.¹¹

Tabela 5. Prognoza liczby hospitalizacji na oddziale neurologicznym według województw

Województwo	Prognoza liczby hospitalizacji na rok:				
	2016 [tys.]	2018 [tys.]	2020 [tys.]	2024 [tys.]	2031 [tys.]
Dolnośląskie	22,21	22,20	22,52	23,14	23,50
Kujawsko-pomorskie	16,00	16,63	17,06	17,86	18,61
Lubelskie	26,84	27,19	27,64	28,52	29,53
Lubuskie	5,72	5,95	6,18	6,62	7,00
Łódzkie	21,29	22,41	22,79	23,26	23,29
Małopolskie	28,71	29,96	30,54	31,57	32,88
Mazowieckie	38,14	39,04	39,94	41,64	43,45
Opolskie	8,62	8,81	9,01	9,41	9,82
Podkarpackie	27,46	28,64	29,41	30,81	32,62
Podlaskie	7,39	7,61	7,79	8,22	8,76
Pomorskie	13,19	13,67	14,14	15,01	15,95
Śląskie	40,28	41,44	42,33	43,91	44,96
Świętokrzyskie	14,82	15,00	15,26	15,70	15,97
Warmińsko-mazurskie	10,59	11,00	11,25	11,77	12,34
Wielkopolskie	28,51	29,06	29,75	31,10	32,55
Zachodniopomorskie	7,11	7,55	7,85	8,39	8,77
Polska	316,86	326,15	333,47	346,93	360,01

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla Polski: <http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/17polska.pdf>.

¹⁰ https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Raport_neurologia_19.10.21.pdf

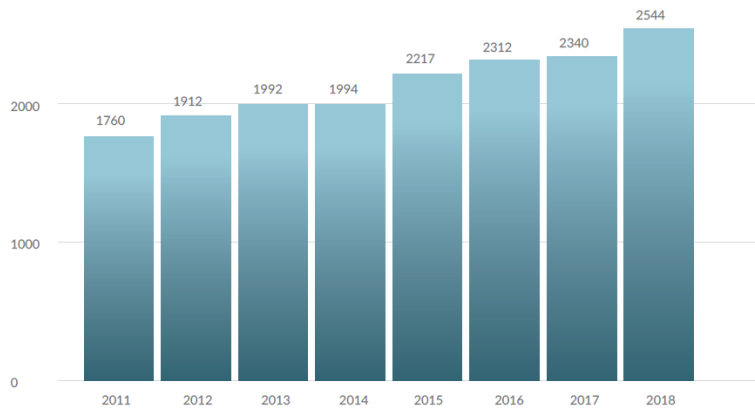
¹¹ Ibidem



OGÓLNE KOSZTY ŚWIADCZEŃ PACJENTÓW ZE SCHORZENIAMI NEUROLOGICZNYMI W POLSCE W LATACH 2011-2018

W latach 2011-2018 ogólna wartość kosztów świadczeń zrealizowanych dla pacjentów leczonych z powodu chorób neurologicznych (ICD 10 G00-G99) sukcesywnie wzrastała z 1,76 mld zł w 2011 r. do 2,54 mld zł w 2018 r. Szczegółowe dane zawarte są na wykresie poniżej.¹²

Wykres 19. Wydatki ogółem na pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi w latach 2011-2018, dane w mln PLN (Grupy G-G)



Źródło: Analiza DAS MZ na podstawie danych NFZ.

NARODOWA STRATEGIA NEUROLOGICZNA- GŁÓWNE OBSZARY

Narodowa Strategia Neurologiczna stanowi podstawę do zainicjowania i wdrożenia głębokiej reformy polskiej neurologii, która powinna zwiększyć zdolność systemu do skutecznego ograniczania ryzyka występowania chorób neurologicznych oraz ich skutecznego diagnozowania i leczenia, a także ograniczania wpływu choroby na jakość życia. Realizacja zadań opisanych w Strategii przewidziana jest na okres 2022-2030. Narodowa Strategia Neurologiczna zarządzana jest przez Krajową Radę ds. Neurologii, powołaną zarządzeniem Ministra Zdrowia. Uprawnienia rady zaprezentowano w tabeli poniżej.¹³

Tabela 57. Kompetencje Krajowej Rady ds. Neurologii

Krajowa Rada ds. Neurologii	Wyznaczanie strategicznych kierunków rozwoju systemu ochrony zdrowia/w obszarze chorób neurologicznych w formie Narodowej Strategii Neurologicznej
	Monitorowanie realizacji celów Narodowej Strategii Neurologicznej oraz efektywności funkcjonowania Krajowej Sieci Neurologicznej
	Występowanie do ministra właściwego do spraw zdrowia z wnioskiem w sprawach dotyczących tworzenia, zmian i uzupełnień do strategii i planów zapobiegania, diagnostyki i leczenia chorób neurologicznych
	Opracowywanie, we współpracy ze stowarzyszeniami będącymi zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, standardów postępowania medycznego w opiece neurologicznej, oraz ich upowszechnianie
	Opracowywanie i przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycji działań w zakresie:

Źródło: Opracowanie własne.

¹² Ibidem

¹³ https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Raport_neurologia_19.10.21.pdf



OBSZARY STRATEGICZNYCH INTERWENCJI W NEUROLOGII

- inwestycje w poprawę organizacji opieki zdrowotnej
- inwestycje w kadry
- inwestycje w technologie i innowacje
- inwestycje w edukację, profilaktykę i jakość życia pacjentów neurologicznych.¹⁴

Schemat 1. Obszary strategicznych interwencji ujęte w Narodowej Strategii Neurologicznej



Źródło: Opracowanie własne.

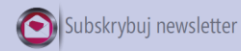
W najbliższych latach będziemy mieć do czynienia ze wzrostem zachorowań na schorzenia neurologiczne, co jest związane z procesem starzenia się społeczeństwa, W sytuacji niskich nakładów na opiekę neurologiczną i ograniczoną dostępność pacjentów do poradni neurologicznych, niedobory kadrowe, fatalny stan infrastruktury w oddziałach neurologicznych, konieczne są pilne działania naprawcze poprawiające stan polskiej neurologii. Szansę na realizację tych celów stwarzają środki europejskie, które zasila inwestycje w polski system ochrony zdrowia w ramach nowej perspektywy budżetowej na lata 2021-2027.¹⁵

DEKALOG POTRZEB POLSKIEJ NEUROLOGII WG PTN

1. Choroby neurologiczne – strategicznym obszarem w polskim systemie ochrony zdrowia.
2. Wzrost nakładów finansowych na diagnostykę i leczenie chorób układu nerwowego.
3. Inwestycja w kadry lekarskie, pielęgniarskie i zawody pomocnicze w neurologii.
4. Neurologia priorytetową specjalizacją.
5. Jasny system ścieżek pacjentów z chorobami neurologicznymi.
6. Regionalne ośrodki referencyjne dla najważniejszych chorób neurologicznych.
7. Wzrost nakładów na obsługę programów lekowych w neurologii.
8. Uporządkowanie systemu organizacji i finansowania nowoczesnych metod diagnostyki i leczenia.

¹⁴ https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Raport_neurologia_19.10.21.pdf

¹⁵ Ibidem



9. Inwestycja w rehabilitację neurologiczną.

10. Wzrost nakładów na badania naukowe w chorobach układu nerwowego.¹⁶

CHOROBA ALZHEIMERA

Choroba Alzheimera jest postępującą chorobą neurodegeneracyjną dotykającą głównie osoby po 60 r.ż. Średnio trwa 8-20 lat. Warto jednak zaznaczyć, że choroba zaczyna się 15-20 lat przed pojawieniem się jej objawów. Uszkodzenia mózgu związane z chorobą Alzheimera są siłą napędową stopniowego pogorszenia funkcji poznawczych i zwiększającej się niesprawności pacjentów w wyniku czego pojawiają się powikłania stanowiące istotne zagrożenie dla życia chorych. Tym samym choroba Alzheimera jest znaczącą przyczyną przedwczesnych zgonów.¹⁷

Problem starzejącego się społeczeństwa dotyka coraz więcej krajów, w tym również Polski, i z roku na rok przybiera na sile. Udział w populacji osób mających co najmniej 65 lat w ciągu zaledwie 9 lat wzrósł niemal o połowę – z 13,6% w 2011 r. do 18,2% w 2020 r., a według prognozy GUS w 2050 roku wzrośnie do blisko 33%. Narastające zjawisko „silver tsunami” sprawia, że coraz większym problemem stają się schorzenia, których częstotliwość występowania rośnie wraz z wiekiem, stawiając nowe wyzwania dla polskiego systemu ochrony zdrowia.

Do najważniejszych tego typu schorzeń zalicza się choroby otępienne, spośród których najczęściej występującą jest choroba Alzheimera (AD), odpowiadająca za 50-70% przypadków.¹⁸

Demencja może dotyczyć ponad 55 milionów osób na świecie, z czego ta spowodowana chorobą Alzheimera może dotyczyć nawet 39 milionów osób. Prognozy dotyczące przyszłych trendów rozpowszechnienia demencji różnią się w zależności od przyjętych założeń i regionu geograficznego, ale generalnie wszystkie wskazują na znaczny wzrost ogólnej częstości jej występowania związany ze starzeniem się populacji.

Szacuje się, że liczba chorych na demencję w roku 2050 może wynosić 139-152 miliony, z czego demencja spowodowana chorobą Alzheimera będzie dotyczyć nawet 98-106 milionów osób na świecie.^{19, 20}

¹⁶ <https://ptneuro.pl/aktualnosc/inauguracja-jubileuszowego-roku-polskiej-neurologii>

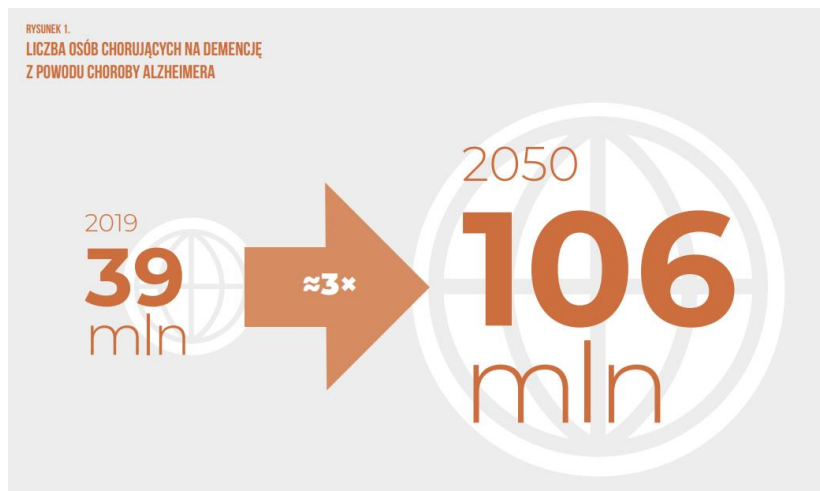
¹⁷ https://www.pexps.pl/files/upload/files/ZZZZ_08_03_2022_RAPORT%20PEX_FINAL.pdf

¹⁸ Ibidem

¹⁹ Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends.

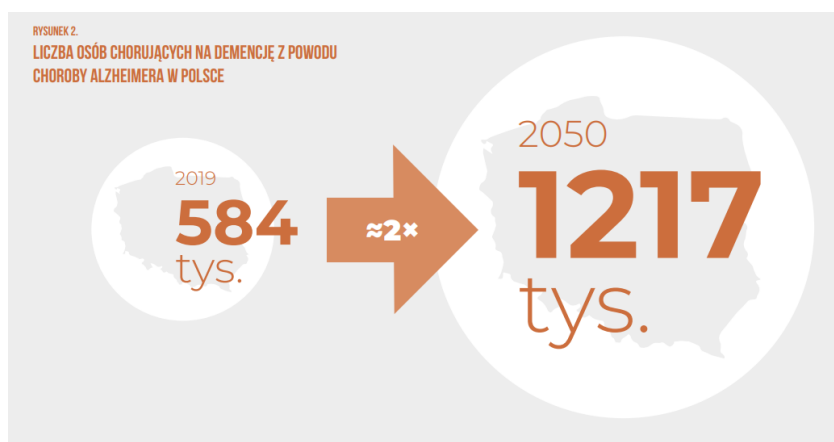
²⁰ GUS

RYSUNEK 1.
LICZBA OSÓB CHORUJĄCYCH NA DEMENCJĘ
Z POWODU CHOROBY ALZHEIMERA



W Polsce liczba osób w wieku senioralnym z demencją wynosiła ponad 830 tys. osób, z czego choroba Alzheimera może być przyczyną choroby nawet u ponad 580 tys. osób. Jak wynika z prognoz dla Polski, już w 2050 roku liczba osób w wieku senioralnym z demencją może wynosić ponad 1,7 mln osób, z czego demencja spowodowana chorobą Alzheimera może dotyczyć nawet ponad 1,2 mln osób, czyli ponad dwukrotnie więcej niż w roku 2019.²¹

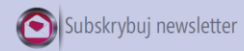
RYSUNEK 2.
LICZBA OSÓB CHORUJĄCYCH NA DEMENCJĘ Z POWODU
CHOROBY ALZHEIMERA W POLSCE



DIAGNOSTYKA CHOROBY ALZHEIMERA W POLSCE

Na podstawie przeprowadzonych szacunków w zakresie występowania choroby Alzheimera w Polsce wynika, że w 2019 roku mogła ona występować u 417-584 tys. osób, tymczasem liczba pacjentów zarejestrowanych w systemie wynosiła 138 tys. **Liczba pacjentów zdiagnozowanych stanowić więc może zaledwie 24-33% wszystkich chorych (wg szacunków organizacji pacjenckich 18-25%).** Duża rozbieżność w danych epidemiologicznych z różnych źródeł dotyczących częstości występowania choroby Alzheimera, a danymi dotyczącymi

²¹ Eurostat. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing.



oficjalnej chorobowości tej choroby w Polsce wskazuje na istotne problemy w zakresie rozpoznawania choroby.²²

Brak skutecznych terapii mógł być dotychczas jedną z głównych przyczyn realizacji głównie wczesnych etapów procesu diagnostycznego i braku jego kontynuacji w celu potwierdzenia ostatecznego rozpoznania (szczególnie metodami o charakterze inwazyjnym, jak badanie płynu mózgowo – rdzeniowego). Wraz z pojawiającymi się nowymi terapiami modyfikującymi przebieg choroby spodziewać się należy zwiększenia korzystania z nowych metod diagnostycznych, w tym również tych bardziej inwazyjnych, co skutkować będzie częstszym, potwierdzonym rozpoznaniem choroby Alzheimera.²³

Pacjenci z chorobą Alzheimera w Polsce są diagnozowani późno, najczęściej w zaawansowanych stadiach.

Przyczyną takiego stanu rzeczy jest zbyt mała świadomość choroby i potrzeby jej diagnozowania zarówno w społeczeństwie, jak i wśród lekarzy oraz traktowanie zaburzeń poznawczych jako naturalnego objawu starzenia się. Przyjęto się myśleć o chorobie Alzheimera jako o schorzeniu dotyczącym osoby w podeszłym wieku. Tymczasem choroba coraz częściej rozpoznawana jest wśród osób z młodszych grup wiekowych - najmłodszy respondent z AD z badania realizowanego na potrzeby niniejszego raportu, miał zaledwie 45 lat! Na przyczyny zbyt rzadkiego rozpoznawania choroby składa się także wiele elementów systemowych, m.in. brak przykładania odpowiedniej wagi przez lekarzy POZ do problemu demencji, wyrażony zbyt rzadkim wykonywaniem testów przesiewowych, zbyt mała liczba ośrodków referencyjnych i brak wiedzy o ich funkcjonowaniu.²⁴

Wielu pacjentów pozostaje niezdiagnozowanych. **Szacuje się, że chorobę w pierwszym stadium klinicznym rozpoznaje się prawidłowo jedynie u ok. 20% chorych**, co w praktyce oznacza, że pozostali (4 z 5 chorych) nie są leczeni i nie mają szansy na skorzystanie z terapii spowalniających przebieg choroby.²⁵

CHOROBA ALZHEIMERA A OBCIĄŻENIE POLSKIEJ GOSPODARKI

W Polsce łączne, roczne koszty pośrednie i bezpośrednie związane z chorobą Alzheimera wynoszą ponad 11 miliardów złotych.²⁶

W kwocie tej uwzględniono koszty medyczne i niemedyczne ponoszone przez pacjentów i ich opiekunów, które wynoszą niemal 5,4 mld.

²² https://www.pexps.pl/files/upload/files/ZZZZZ_08_03_2022_RAPORT%20PEX_FINAL.pdf

²³ Ibidem

²⁴ https://www.pexps.pl/files/upload/files/ZZZZZ_08_03_2022_RAPORT%20PEX_FINAL.pdf

²⁵ Ibidem

²⁶ Ibidem



Natomiast drugą istotną składową są koszty pośrednie ponoszone w związku z utraconą produktywnością pacjentów oraz utraconymi dochodami ich opiekunów, które łącznie dają jeszcze większą kwotę – 5,7 mld zł.²⁷

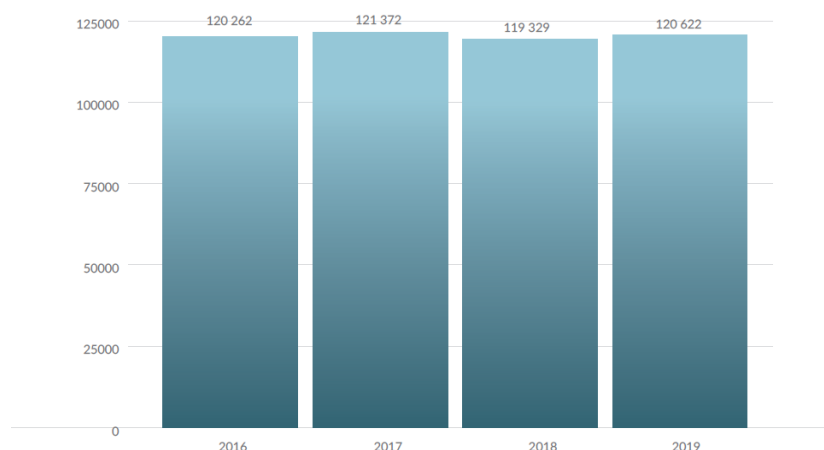
LECZENIE CHOROBY ALZHEIMERA

W Polsce nie ma dziś terapii, która byłaby leczeniem przyczynowym choroby Alzheimer (w czerwcu 2021 r. w USA został dopuszczony przez Agencję Żywności i Leków (Food and Drug Administration, FDA) do stosowania w chorobie Alzheimer pierwszy lek przyczynowy – aducanumab). Dostępne leki, przyjmowane we właściwych dawkach, pozwalają na opóźnienie postępu choroby, co jest niezwykle istotne dla pacjenta jak i jego bliskich.²⁸ W latach 2016-2019, według danych sprawozdawczych Narodowego Funduszu Zdrowia, liczba leczonych pacjentów z powodu choroby Alzheimer wynosiła 120 tys., w tym 57 tys. sprawozdanych kodem G30. Odnotowano wzrost wydatków NFZ o 15%, związanych z leczeniem tej grupy pacjentów.²⁹

Tabela 39. Liczba leczonych pacjentów z chorobą Alzheimer sprawozdanych kodami G30 i F00, wartość rozliczonych przez NFZ świadczeń oraz dynamika zmian rok do roku w latach 2016-2019

Rok realizacji	Liczba pacjentów z rozpoznaniem G30 i F00	Dynamika zmian rok do roku w %	Wydatki NFZ w zł	Dynamika zmian rok do roku w %
2016	120 262	-	89 663 798	-
2017	121 372	100,92%	95 976 260	107,04%
2018	119 329	98,32%	102 101 645	106,38%
2019	120 622	101,08%	109 291 801	107,04%

Wykres 74. Liczba leczonych pacjentów z chorobą Alzheimer (G30 i F00) w latach 2016-2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

²⁷ Ibidem

²⁸ Ibidem

²⁹ https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Raport_neurologia_19.10.21.pdf

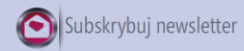


Tabela 41. Liczba pacjentów oraz wartość świadczeń udzielonych pacjentom z rozpoznaniem głównym choroby Alzheimera lub chorób pokrewnych (2016-2019)

Rok realizacji	Liczba pacjentów (dane w tys.)	Wartość świadczeń (dane w mln zł)
2016	278,1	146,0
2017	280,8	154,4
2018	278,4	164,0
2019	282,1	175,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tabela 2.5: Wartość świadczeń (w mln zł) udzielonych z rozpoznaniem głównym choroby Alzheimera lub chorób pokrewnych (2014-2019)

Rodzaj świadczenia	Rok					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	5,3	5,3	5,5	5,3	5,7	6,2
w tym: poradnie neurologiczne	3,4	3,4	3,4	3,2	3,3	3,5
Leczenie szpitalne	5,3	6,8	6,8	6,7	6,4	6,8
w tym: oddziały neurologiczne	3,8	4,2	4,6	4,6	4,7	5,1
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, CZP*	46,3	47,9	51,6	53,7	54,7	53,7
w tym: stacjonarne oddziały psychiatryczne	21,2	22,6	24,0	23,7	24,1	24,4
psychiatryczne oddziały dzienne	2,5	2,6	2,9	4,0	4,1	4,4
poradnie psychiatryczne	5,0	5,1	5,2	5,3	5,2	5,1
ZLS**	2,1	2,3	2,5	3,6	4,1	4,0
psychiatryczny ZOL/ZPO***	15,5	15,2	17,0	17,0	17,3	15,8
Rehabilitacja lecznicza	1,9	2,1	2,3	2,2	4,0	10,8
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	74,9	78,4	80,3	87,3	94,4	100,1
Łącznie	136,9	146,0	153,6	163,4	175,0	188,9

*Centrum Zdrowia Psychicznego, **Zespół Leczenia Środowiskowego, ***Zakład Opiekuńczo-Lecznicy/Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

źródło: https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Raport_neurologia_19.10.21.pdf

STWARDNIENIE ROZSIANE

Stwardnienie rozsiane (z łac. Sclerosis multiplex – SM, z ang. Multiple sclerosis – MS) jest przewlekłą, nieuleczalną, narządowo swoistą chorobą ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Rozpoczyna się ona głównie u młodych dorosłych między 20. a 40. rokiem życia, ale może pojawić się w dzieciństwie, w okresie dorastania, a także u osób starszych.³⁰

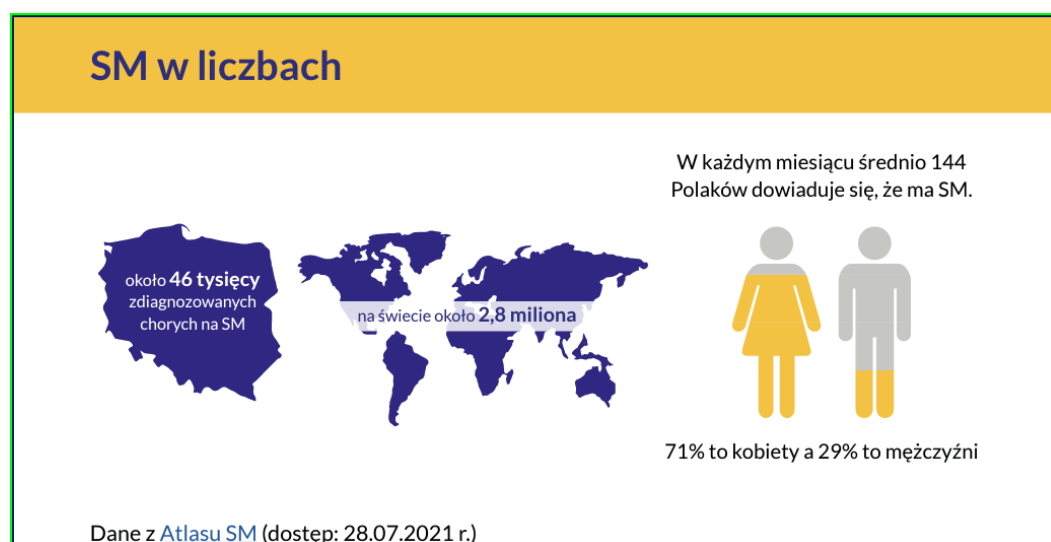
SM towarzyszy pacjentom zwykle przez całe życie, w zależności od indywidualnego przebiegu objawowego oraz rzutu, utrudniając lub uniemożliwiając normalne funkcjonowanie. Obecnie

³⁰ H. Bartosik-Psujek, Stwardnienie rozsiane, [w:] Neurologia, red. nauk. A. Stępień, Medical Tribune Polska 2018.

chorzy mają dostęp tylko do leczenia objawowego, które w połączeniu z szybką diagnozą pozwala na aktywne uczestniczenie we wszystkich sferach życia, zapobiega niepełnosprawności lub ją opóźnia. Pojawia się ona u wielu chorych w przebiegu stwardnienia rozsianego. Udowodniono, że w przypadku SM „czas ma znaczenie” podczas leczenia chorego poprzez całą ścieżkę opieki.³¹

EPIDEMIOLOGIA

Stwardnienie rozsiane to choroba, z którą zmagają się w Polsce od 43 000 do 44 000 pacjentów.³² Szacuje się, że chorobowość na świecie to 36 osób na 100 000, w Europie – 133 na 100 000 osób, jest ona wyraźnie wyższa w północnej Europie. W Polsce według badań z lat 2014–2018 chorobowość ta wynosi od 110 do 120 osób na 100 000.³³



źródło: <https://www.atlasofms.org/map/global/epidemiology/number-of-people-with-ms>

DIAGNOZOWANIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO W POLSCE

Ze względu na mnogość objawów, jakie mogą towarzyszyć SM, ich nieswoistość oraz znaczne zróżnicowanie w zależności od indywidualnego pacjenta, diagnozowanie stwardnienia rozsianego trwa w Polsce nawet do 2 lat, a mediana czasu od pierwszych objawów choroby do rozpoznania wynosiła 7,4 miesiąca.³⁴ Według specjalistów ten czas powinien wynieść maksymalnie 2 miesiące, chociaż możliwe do osiągnięcia są 4 tygodnie, natomiast ambitnym celem powinny być 2 tygodnie.³⁵

³¹ https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Raport_SM_30.06.21.pdf

³² Według danych NFZ, ICD-10, G35.

³³ https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Raport_SM_30.06.21.pdf

³⁴ https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Raport_SM_30.06.21.pdf

³⁵ J. Hobart, et al., International Consensus on Quality Standards for Brain Health-Focused Care in Multiple Sclerosis [online], „Multiple Sclerosis Journal” 2019 [dostęp:21.02.2021], vol. 25, no. 13, s. 1809–1818. Dostępne w Internecie: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30381987>

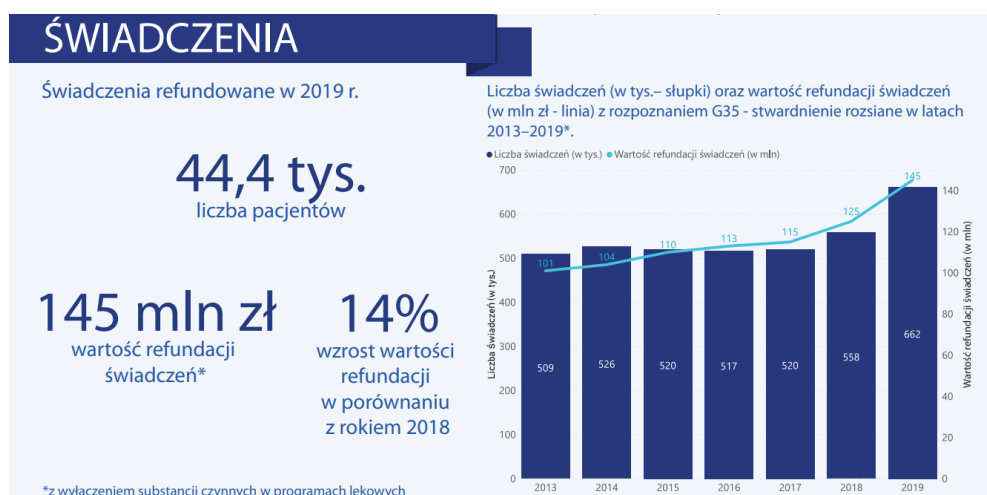
Ponadto analiza danych z Systemu Monitorowania Programów Terapeutycznych (SMPT) pokazuje, że im dłuższy był czas od postawienia diagnozy do włączenia terapii lekiem modyfikującym przebieg choroby (DMT), tym wyższą punktacją w skali EDSS legitymował się pacjent (był bardziej niepełnosprawny) w momencie rozpoczynania terapii. Skrócenie czasu do diagnozy i rozpoczęcia leczenia stwardnienia rozsianego poprzez lepsze zaprojektowanie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej SM to kluczowy cel ekspertów i środowiska pacjentów.

W przypadku chorych na stwardnienie rozsiane czas ma fundamentalne znaczenie, gdyż w istotnym stopniu decyduje o utrzymaniu sprawności pacjentów i dobrej jakości ich życia, dlatego osiągalnym w Polsce standardem powinno być zdiagnozowanie pacjenta i rozpoczęcie leczenia w ciągu 4 miesięcy od wystąpienia pierwszych objawów.³⁶

PROGRAMY LEKOWE W LECZENIU SM

Leczenie w programach lekowych Z raportu NFZ wynika, że w 2019 r. 15 600 pacjentów brało udział w programach lekowych I i II linii, co stanowi wzrost liczby pacjentów w programach o 129,6% w stosunku do 2013 r. Najlichnieszta grupa wiekowa zakwalifikowana do programów lekowych to 36–45 lat. W 2019 r. program I linii realizowało 127 świadczeniodawców, w tym 55 z nich realizowało także program II linii. Dane z SMPT pozostają w zgodności z tymi wynikami. Wykazano, że średnia wieku pacjentów leczonych w programach lekowych wynosiła 36,5 roku (mediana 36 lat). Pacjenci leczeni w II linii byli nieco młodszy (średnia wieku 35,1; mediana 34 lata) niż chorzy z programu I linii (średnia wieku 36,6; mediana 36 lat).³⁷

ŚWIADCZENIA REFUNDOWANE W SM³⁸



³⁶ https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Raport_SM_30.06.21.pdf

³⁷ Ibidem

³⁸ <https://ezdrowie.gov.pl/porta/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-stwardnienie-rozsiane>



PROGRAMY LEKOWE

Dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym przeznaczone są dwa programy lekowe:

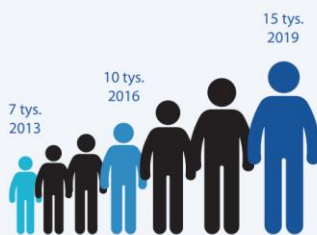
- Leczenie stwardnienia rozsianego (Program I linii),
- Leczenie po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego lub pierwotnie postępującej postaci stwardnienia rozsianego (Program II linii).

15,6 tys.
pacjentów

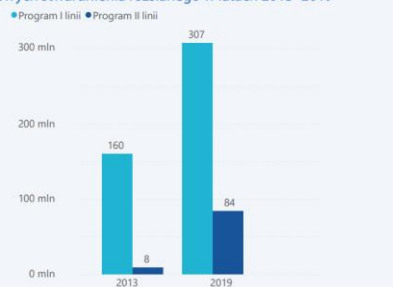
130%
wzrost liczby pacjentów
w porównaniu z rokiem 2013

33%
pacjentów w wieku
36-45 lat

Liczba pacjentów w programie lekowym w latach 2013 i 2019

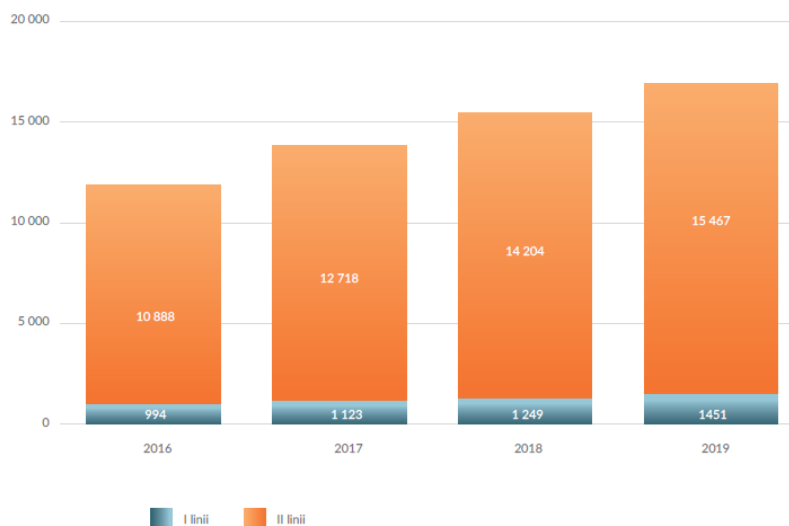


Wartość refundacji (w mln zł) substancji czynnych w programach lekowych stwardnienia rozsianego w latach 2013–2019



W latach 2016-2019 znacząco zwiększyła się liczba pacjentów ze stwardnieniem rozsianym objętych leczeniem w ramach programów lekowych. W 2019 roku programem pierwszej linii objętych było ponad 15 tys. pacjentów, a drugiej linii blisko 1,5 tys. Wartość świadczeń w programie pierwszej linii wyniosła 307 mln zł, a drugiej linii 84 mln zł. Szczegółowe dane dotyczące liczby pacjentów i wydatków NFZ zawarte są na wykresie poniżej.³⁹

Wykres 94. Liczba pacjentów z SM biorących udział w programach lekowych I i II linii w latach 2016-2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

źródło: https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Raport_neurologia_19.10.21.pdf

³⁹ https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Raport_neurologia_19.10.21.pdf