



PROF. DR HAB. N. MED. PIOTR GAŁECKI

- | Specjalista psychiatra
- | Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii
- | Członek zespołu do spraw wdrożenia pilotażu programu psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego
- | Kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
- | Wykładowca Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury w Krakowie
- | Nauczyciel akademicki i praktyk
- | Autor ponad 300 publikacji międzynarodowych
- | Twórca neurorozwojowej teorii depresji

Schizofrenia obok choroby afektywnej dwubiegunowej jest jednym z najbardziej poważnych zaburzeń psychicznych i dotyczy około jednego procenta populacji w Polsce. W stałej opiece, co roku znajduje się blisko 200 tys. Polaków.

Początek rozwoju zachorowania przypada na trzecią dekadę życia i dotyczy w równym stopniu kobiet i mężczyzn. Początek rozwoju zaburzeń u mężczyzn to około 20 r.ż., a u kobiet 30 r.ż. Rokowanie, co do przebiegu i rozwoju schizofrenii jest bardziej pomyślne w grupie kobiet. Kluczowym momentem dla powstania ryzyka zachorowania jest okres płodowy i pierwsze 3 lata życia. Jest to czas, w którym kształtuje się biologiczne podłoże schizofrenii. Uważa się, że predyspozycję do zachorowania na to zaburzenie ma ok. 10 % populacji.

Okres wczesnej dorosłości, to etap w życiu człowieka, w którym dochodzi do pełni korzystania z kompetencji mózgu, ale także podjęcia odpowiedzialności i trudu pełnienia ról społecznych. Dlatego u osób, u których jest neurobiologiczne podłoże choroby pojawiają się pierwsze objawy. W mózgu osób z predyspozycją do zachorowania na schizofrenię występuje mniejsza objętość istoty szarej, czyli w tych rejonach mózgu, w których podejmowane są decyzje oraz nieprawidłowa funkcjonalność istoty białej, która polega na regionalnym deficycie synaptycznym, ale z prawidłowymi połączeniami długodystansowymi. Używając przenośni można powiedzieć, że takie mózgi mają mniej ośrodków decyzyjnych - „miast”. Dodatkowo „miasta” blisko siebie położone są źle skomunikowane, a miasta daleko od siebie położone mają prawidłową komunikację.

**DEBATA
EKSPERCKA**

**W PARZE
ZE SCHIZOFRENIĄ**

Jak zwiększyć w Polsce dostęp do efektywnych terapii?

27 marca 2019 r.

godz. 12:00

Centrum Prasowe
Polskiej Agencji Prasowej
ul. Bracka 6/8, Warszawa

ORGANIZATORZY:





Przykładowo Warszawa, Łódź, Lublin, Białystok, są źle skomunikowane, natomiast połączenia Warszawy, Paryża, Londynu czy Nowego Yorku są prawidłowe.

Schizofrenia jest chorobą o charakterze neurorozwojowym. Trudność w skutecznej farmakoterapii przez wiele dekad polegała na tym, że w mózgach osób cierpiących na schizofrenię, w jednym ze szlaków, występuje zbyt dużo dopaminy, a w innym ze szlaków jest jej zbyt mało. Dopiero w latach 90-tych ubiegłego wieku stworzono takie leki, które w szlaku mezolimbicznym zmniejszają przekazywanie dopaminy, a w szlaku mezokortykalnym zwiększają. Stało się to przełomem w leczeniu schizofrenii. Nowoczesne tzw. atypowe leki przeciwpsychotyczne zmieniły naturalny przebieg tej choroby oraz jej rokowanie. Kolejnym krokiem milowym stały się leki przeciwpsychotyczne o przedłużonym działaniu, które gwarantują stabilne stężenie leku w organizmie przez kilka tygodni a nawet miesięcy po jednej iniekcji.

Nowoczesne leczenie spowodowało spadek stygmatyzacji chorych oraz dało możliwość pełnienia przez nich wszystkich oczekiwanych ról społecznych, przede wszystkim założenia rodziny i pracy. Nowoczesne leki długodziałające w połączeniu z faktem neurorozwojowej etiologii schizofrenii, pozwoliły także zindywidualizować terapię dla pacjenta. Neurorozwojowy charakter schizofrenii skutkuje indywidualnym przebiegiem tej choroby, dlatego często osoby naukowo zajmujące się schizofrenią powtarzają, że każdy ma swoją własną schizofrenię. Osoba chora na schizofrenię nie wygląda już tak, jak w filmie „Lot nad kukułczym gniazdem”.



Kilka faktów dotyczących finansowania leczenia chorych na schizofrenię w Polsce:

- W 2017r. NFZ wydało na leczenie osób chorych na schizofrenię blisko 600mln zł.
- Od 2000r. do 2017r. liczba hospitalizacji osób chorych na schizofrenię zmniejszyła się o 16%, z 58 tys. do 49 tys. przy stałej liczbie pacjentów około 180 tys. korzystających ze szpitali lub poradni z umową z NFZ.
- Wydatki ZUS na świadczenia dla pacjentów ze schizofrenią w 2016 r. to ok. 1 mld 111 mln zł (czyli 2 razy więcej niż na leczenie).
- Wydatki ZUS z powodu niezdolności do pracy wzrosły z 32 mld w 2013r. do 35 mld w 2016r. Jednak dla pacjentów ze schizofrenią utrzymują się na stałym poziomie.
- Wydatki ZUS na pacjentów cierpiących na schizofrenię stanowiły 20% wszystkich wydatków na zaburzenia psychiczne. Renty wśród nich stanowią ok. 70%.
- Zaburzenia psychiczne stanowią ok. 17% wszystkich wydatków ZUS z powodu niezdolności do pracy ze wszystkich chorób.
- Stabilne i stałe wskaźniki wydatków ZUS to w mojej opinii konsekwencja skutecznego leczenia przeciwpsychotycznego.

Zadziwia, że NFZ przeznaczą na leczenie schizofrenii rocznie ok. 600mln zł a blisko 1,2 mld zł wydawanych jest z ZUS, z powodu tej choroby. Zastanawiam się czy brak odpowiedniego dostrzeżenia problemu osób ze schizofrenią, a przez to zbyt niskie nakłady z NFZ nie powodują, że nie korzystamy z szansy nowoczesnego leczenia i niepotrzebnie ponosimy, jako społeczeństwo, zbyt dużych kosztów z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

W mojej opinii większe nakłady z NFZ będą skutkowały istotnym zmniejszeniem kosztów związanych z wypłatą świadczeń z ZUS.

Prof. Piotr Gałęcki