

Leczenie zaburzeń psychicznych w RP

Chytry traci dwa razy

Rozmowa z prof. Andrzejem Kiejną, kierownikiem Katedry i Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Czy w Polsce pacjenci psychiatryczni mają dobry dostęp do leków? Jak to wygląda w porównaniu z innymi krajami europejskimi?

Dostęp jest mocno ograniczony. I należy nad tym ubolewać, bo w leczeniu takich schorzeń, jak np. schizofrenia, właściwa farmakoterapia to aż 99 proc. sukcesu. Tymczasem nasi pacjenci często są pozbawieni dostępu do najnowocześniejszych leków.

Na czym te ograniczenia polegają?

Choroby psychiczne, w tym schizofrenię, można leczyć lekami klasycznymi lub nowocześniejszymi, atypowymi. Nie chciałbym wchodzić w szczegóły medyczne, ale w skrócie powiem, że te nowocześniejsze dają mniej efektów ubocznych i niepożądanych. Dzięki lekom atypowym łatwiej możemy zapanować nad takimi objawami, jak pogorszenie funkcji poznawczych, omamy, urojenia. Czyli gdyby bohater filmu „Piękny umysł” żył w dzisiejszych czasach, nie stałby przed alternatywą: odstawić leki i próbować normalnie pracować czy przyjmować leki, które wykluczają z rynku pracy. Rozwiązaniem byłyby bowiem leki atypowe.

Rzeczywiście obserwujemy to, że pacjenci przyjmujący leki atypowe znacznie lepiej powracają nie tylko na rynek pracy, lecz także do swoich ról życiowych – ojca, matki. Kuracja tymi lekami jest znacznie droższa w porównaniu z lekami klasycznymi, ale prócz wymiaru medycznego przynosi też korzyści w wymiarze społecznym i ekonomicznym. W wielu przypadkach przekłada się na mniejszą liczbę hospitalizacji, mniejszy koszt opieki społecznej w postaci rent. Pacjent pracuje, płaci podatki i nie jest ciężarem dla rodziny, a przeciwnie – wspiera ją własnym dochodem. Uważam, że na tych lekach nie powinniśmy oszczędzać. A niestety próby oszczędzania obserwujemy.

Argumentem jest to, że w porównaniu z innymi krajami jesteśmy ubożsi i nas na taką refundację zwyczajnie nie stać.

Odwróciłbym ten argument. Nas nie stać na to, by tej refundacji odmawiać. O powodach mówiłem wyżej: brak tej refundacji przekłada się często na obciążenie budżetu rodzin i państwa znacznie wyższymi nakładami na opiekę nad osobą, która nowocześnie leczona takiej opieki by nie potrzebowała i na dodatek mogła pracować.

Na czym polegają próby ograniczania dostępu do leków? Państwo w ogóle nie chce ich refundować?

Na szczęście tak nie jest. Problemem jest natomiast próba zawężenia dostępu do nich, ograniczenia grupy potencjalnych beneficjentów do minimum. Jest cała grupa leków, która owszem – jest refundowana, ale jedynie w wypadku chorych, którzy mają zdiagnozowaną schizofrenię. Z grona beneficjentów wykluczeni są natomiast pacjenci, u których takiej twardej diagnozy postawić nie można, a więc chorzy na coś, co w terminologii medycznej

„ Nie wszyscy w Polsce zrozumieli, że pacjent z ograniczonym dostępem do nowoczesnych leków to pacjent leczony drogo „

nej określamy jako „ostre i przemijające zaburzenie psychiatryczne – o różnej etiologii”. Odmowa refundacji dla nich to błąd, bo ci pacjenci mają znacznie większe szanse na powrót do normalnych ról życiowych, gdy są leczeni lekami atypowymi. Z medycznego, życiowego i ekonomicznego punktu widzenia powinniśmy zapewnić im dostęp do leków nowoczesnych. Ale bardzo trudno się z tymi argumentami przebić do grona decydentów.

W Polsce diagnozujemy znacznie większą liczbę pacjentów ze schizofrenią niż w krajach zachodniej Europy. Może to trick lekarski – wpisują diagnozę schizofrenii tylko po to, by pacjent uzyskał lepszy dostęp do leków, które mu pomogą?

Nie zdziwiłbym się, gdyby tak się działo. Kłopot w tym, że nie wszyscy w Polsce zrozumieli, że pacjent z ograniczonym dostępem do nowoczesnych leków to pacjent leczony drogo. Mamy nie tylko wyższy odsetek rejestrowanych przypadków schizofrenii, ale i znacznie wyższy odsetek długoterminowych hospitalizacji. A to świadczy o tym, że oszczędności poczynione na lekach – i tak wydajemy na pacjenta, tyle że w innej formie. Wcale nie leczymy więc taniej – tylko gorzej.

Rozmawiał: Bartłomiej Leśniewski