

Kłopoty z drogimi terapiami lekowymi

Jednymi z najtrudniejszych problemów, przed jakimi stajemy w codziennej praktyce medycznej, są pojawiające się ograniczenia ekonomiczne.

Choć możliwości postępowania medycznego wyznacza zamożność społeczeństwa, to na uprawiających zawody medyczne i zarządzających przerzucany jest ciężar odpowiedzialności za dostępność terapii, szczególnie tych drogich.

Po leki z programów terapeutycznych do Warszawy?

W ostatnich tygodniach w poznańskim Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego nie było możliwości włączania pacjentów do tak zwanych programów terapeutycznych, umożliwiających leczenie osób spełniających określone, bardzo precyzyjne i wymagające, kryteria – przy użyciu drogich leków. Programy dotyczą zazwyczaj pacjentów onkologicznych, choć niektóre skierowane są do wybranych pacjentów kardiologicznych, pulmonologicznych czy reumatologicznych, np. z pierwotnym nadciśnieniem płucnym bądź mukowiscydozą.

Projekty związane są zazwyczaj ze skutecznym leczeniem, a ich wartość potwierdzono w odpowiednim procesie legislacyjnym, opartym na opinii ekspertów, zweryfikowanym przez ocenę farmakoeconomiczną. Sztandarowym programem, a jednocześnie absorbującym chyba największe fundusze, jest program leczenia przy użyciu imatinibu przewlekłej białaczki szpikowej. Terapia ta – mimo że droga, kosztująca ok. 8 tys. zł miesięcznie na pacjenta – jest tak skuteczna, że spowodowała przełom w leczeniu tego schorzenia. Pacjenci skutecznie leczeni żyją wiele lat, jednak wymagają długotrwałego podawania imatinibu. Nie sposób – w obliczu takiej skuteczności – takiej terapii odmówić, choć jest niezwykle kosztowna.

Powstał jednak problem z włączeniem do różnych programów terapeutycznych

kilkunastu nowych pacjentów. Pięciu oczekuje na imatinib, kilka kobiet – w leczeniu pooperacyjnym raka piersi – na herceptynę, jedna osoba na specyfik w leczeniu raka nerki, a ok. 10 pacjentów jeździ po leki używane w leczeniu pierwotnego nadciśnienia płucnego do Warszawy,

zamiast otrzymywać je na miejscu (w ramach tzw. migracji między oddziałami NFZ kwoty wydane na leki i tak zaczerpnięte zostaną z wielkopolskiego koszyka). Kwota przeznaczana na leki tylko dla tej grupy kilkunastu oczekujących wynosi miesięcznie ponad 200 tys. zł.

Jest to dramatyczne stwierdzenie, ale z powodu nieuregulowania zapłaty za ofiarowane przez nasz szpital mieszkań-

Wiele szpitali prowadzących chemioterapię

rezygnuje z takiej formy leczenia, nie podpisując

odpowiednich umów z płatnikiem



com Wielkopolski w latach 2010–2011 usługi medyczne warte ponad 40 mln zł nie jesteśmy już stanie „kredytować” usług na większą sumę. Te 40 mln zł i tak czyni chyba z nas jednych z największych darczyńców regionu. Dalsze kupowanie leków bez finansowego pokrycia może stanowić zagrożenie dla ciągłości leczenia tysięcy innych hospitalizowanych w naszej placówce. Nie ustajemy alarmować i władze NFZ, i wszystkie osoby mogące pomóc we wsparciu zakupów. Także ta informacja o problemie jest wyrazem troski o dostęp do leków. Nie możemy się pogodzić, że pacjenci muszą oczekiwać na leki bez pewności szybkiej realizacji tego uprawnienia. Dotyczy to terapii, które pacjentom spełniającym precyzyjnie określone kryteria jednoznacznie się należą i dłuższe zwlekanie z ich włączeniem może się okazać dramatem.

Kłopotliwe chemioterapie niestandardowe

Drugim problemem są trudności z włączaniem pacjentów do tzw. chemioterapii niestandardowych. NFZ pozostawił furtkę do nietypowych nowoczesnych terapii, których stosowanie nie zostało uregulowane opiniami ministerialnymi bądź

funduszowymi, a także często Agencji Oceny Technologii Medycznych. Terapie te rzadko związane są z możliwościami postępowania radykalnego, zazwyczaj mają znaczenie paliatywne, jednakże w codziennej praktyce odmowa budzi wiele emocji pacjentów i ich rodzin. Jest niezwykle trudna, zwłaszcza z powodu postępującej nieodwracalnej choroby nowotworowej, gdy społeczne oczekiwania wymagają użycia wszystkich dostępnych na świecie środków.

Wiele szpitali prowadzących chemioterapię rezygnuje w ogóle z takiej formy leczenia, nie podpisując odpowiednich umów z płatnikiem. Te, które odważają się ją prowadzić, są poddawane rozlicznym naciskom na jej stosowanie. Oczywiście, szybsza ocena tych leków przez agencje do tego powołane umożliwiłaby łatwiejsze podejmowanie decyzji. Wiemy, że wnioski dotyczące chemioterapii niestandardowej o znaczeniu decydującym dla życia powinny mieć charakter priorytetowy, jednakże kwoty przeznaczane na takie leczenie są niezadowalające, a w pragmatyce naszego postępowania szacujemy, że musiałyby zostać podwojone.

Poważny problem stanowi fakt, że zasadniczo niezwykle trudno ocenić, na ile jesteśmy w stanie jako społeczeństwo finansować tak drogie terapie, zwłaszcza w kontekście finansowania większości spośród nich przede wszystkim w krajach najbogatszych. Restrykcje związane z takimi terapiami są nieobce nawet najbardziej zamożnym. Stąd nie bardzo wiemy, na ile powinniśmy wysupłać fundusze ze wspólnej kasy, o ile wątpliwości związane ze stosowaniem wielu leków mają społeczeństwa krajów o kilkakrotnie od nas większych wydatkach na opiekę zdrowotną.

Przy takich dylematach staramy się o wszystkich trudnych – z ekonomicznego punktu widzenia – sprawach dyskutować w specjalnie powołanym zespole do spraw chemioterapii niestandardowej. Martwimy się, że na nas zrzuca się odpowiedzialność za podejmowanie decyzji przy wyborze terapii o możliwie największej skuteczności, w sytuacji gdy powinny obowiązywać – szybciej rozważane i zatwierdzane – schematy leczenia przy użyciu drogich terapii. Jako lekarz buntuję się, ale wiem (choć tego wszyscy pewnie nie rozumieją), że nie jesteśmy w stanie w naszych polskich warunkach sfinansować wszystkiego, co jest możliwe z punktu widzenia postępu medycznego.

Na te wątpliwości i dylematy należy nałożyć podstawowe fakty potwierdzające, że rzeczywiście w ostatnich latach, a szczególnie do roku 2009, wydatki na zdrowie w naszym kraju wzrastały w sposób niezwykle dynamiczny. Przyrost ten był jednym z najbardziej znaczących na świecie. I że zdecydowanie największa pula dodatkowych pieniędzy jest przeznaczana właśnie na leczenie onkologiczne. Mimo to tak trudno znaleźć na wszystko fundusze albo raczej bardziej odpowiedzialnie określić, jaki ma być ich podział i uprawnienia pacjentów z tego wynikające.

Pozostajemy w relacji z potężnym przemysłem farmaceutycznym, który jako branża chce (i pewnie ma prawo) osiągać zyski. Nie do końca wiemy, jak korzystać z dobrodziejstw osiągnięć tej branży – przynoszących nowe możliwości – przy zachowaniu zdrowego rozsądku ekonomicznego i dobrego gospodarowania, działając przede wszystkim w interesie naszych pacjentów.