

 Medexpress, 2016-05-13 09:21

SM: System prowadzenia programów lekowych powinien ulec gwałtownym zmianom



Fot. Jacek Persa

- Charakterystyka produktu leczniczego i decyzja lekarza powinny decydować o sposobie leczenia, a nie urzędnicy w Ministerstwie Zdrowia - mówi prof. dr. hab. n. med. Adam Stępień z Wojskowego Instytutu Medycznego.

Jak Polska wypada na tle innych krajów, jeśli chodzi o dostępność do nowoczesnych terapii na SM?

Mamy trzecie miejsce od końca. System prowadzenia programów lekowych powinien ulec gwałtownym zmianom. Rozumiem, że muszą być jakieś ograniczenia, musi być kontrola, ale charakterystyka produktu leczniczego i decyzja lekarza powinny decydować o sposobie leczenia, a nie urzędnicy w Ministerstwie Zdrowia. To nie do zaakceptowania z medycznego punktu widzenia. Dzisiaj w wielu krajach niewłączenie leczenia dla pacjenta z rozpoznaniem stwardnieniem rozsianym jest błędem lekarskim, błędem w sztuce medycznej. Trzeba o tym powiedzieć i odpowiedzieć kto za to ponosi odpowiedzialność. Dlaczego u nas lekarz ma ponosić odpowiedzialność za to, że nie może pomóc pacjentowi? Co nas lekarzy obchodzi koszt lekarstwa? Od tego jest płatnik i to on powinien się tym problemem zająć. Zwłaszcza, że SM to jednostka chorobowa, która wpływa na życie pacjenta w sposób istotny. Nieetycznym jest utrudnianie dostępności do leczenia powszechnie uznanego na świecie. Dziś nie ma dyskusji na świecie czy leki te działają czy nie. Nikt na ten temat nie podnosi głosu. Leki trzeba stosować od chwili rozpoznania choroby. I takie są zalecenia wszelkich organizacji medycznych.

Czy najnowocześniejsze leki na SM są w Polsce refundowane?

Refundowane są natalizumab i fingolimod leki wysoce skuteczne. Kwestia niskiego wskaźnika dostępności do leków tzw. drugiej linii wynika z restrykcji programu lekowego. Wielu pacjentów, których chcemy poddać leczeniu w drugiej linii, nie spełnia kryteriów programu. W tej chwili mam w klinice chorą, która ma dwa duże rzuty, ale nie może być wpisana do programu, bo nie uwidoczniła się zmiana w rezonansie. Drugi przypadek: chory ma trzy ogniska w kontrolnym badaniu rezonansem magnetycznym, wzmacniające się po kontraście, czyli trzy nowe rzuty. I nie można przepisać pacjentowi skuteczniejszego leku, bo program tego nie przewiduje. Czy to oznacza, że lekarz ma świadomie czekać na to aż pacjent będzie miał ciężki rzut i wystąpi u niego niedowład? Dopiero wtedy nasz płatnik decyduje, że możemy chorego leczyć. Dla mnie są to sprawy nieakceptowane. Panuje też takie przekonanie, że stwardnienie rozsiane jest nadal chorobą nieuleczalną. Czy leczymy czy nie, to pacjent i tak będzie osobą niepełnosprawną. Nie prawda! Bo dziesiątki tysięcy ludzi na świecie z SM mogą być sprawne przed długi okres swojego życia. A dla chorego sprawność to w tej chorobie najważniejsza rzecz. Muszę też powiedzieć, że to chyba też nasza wina, że zbyt małą presję wywieramy na Ministerstwo i urzędników. A niektóre grupy społeczne, specjalności medyczne potrafią się przebić.