

Konsultant krajowy: tak chcemy zmieniać reumatologię

Mamy około 1500 reumatologów zarejestrowanych w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Z danych NFZ wiadomo, że jest 2300 poradni przyjmujących pacjentów z chorobami reumatycznymi. To doprowadza do takiego rozdrobnienia kontraktów i obniżenia ceny za punkt, że wykonanie kompleksowej porady przestaje się opłacać. Chciałbym, żeby w każdym powiecie była jedna poradnia i wystarczy. Po co więcej? - mówi w rozmowie z nami prof. Witold Tłustochowicz, konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii.



Prof. Witold Tłustochowicz, konsultant krajowy w dz. reumatologii

Rynek Zdrowia: - Panie profesorze, o potrzebie zmian w organizacji lecznictwa reumatologicznego środowisko mówi już od dłuższego czasu. Co zatem trzeba zmieniać?
Prof. Witold Tłustochowicz: - Punktem wyjścia wielu dyskusji na ten temat są kwestie dostępności do opieki specjalistycznej. W leczeniu chorego reumatologicznego bardzo istotne znaczenie odgrywa czas. Trzeba się śpieszyć, bo im później od wystąpienia pierwszych objawów leczenie jest podejmowane, tym trudniej o jego skuteczność. U nas, jak się wydaje, duży wpływ na uzyskiwane wyniki leczenia ma trudność z jaką chory dostaje się po raz pierwszy do lekarza specjalisty.

Dobrym rozwiązaniem byłoby tworzenie ośrodków wczesnej diagnostyki wzorując się na rozwiązaniu z województwa kujawsko-pomorskiego, gdzie lekarzom rodzinnym stworzono możliwość szybkiej specjalistycznej konsultacji pacjenta z podejrzeniem wczesnego zapalenia stawów.

Myślmy też co zmienić w organizacji lecznictwa ambulatoryjnego, żeby reumatolog zajął się przede wszystkim chorym pierwszorazowym, by to głównie dla niego miał czas. Chory z postawioną diagnozą i wprowadzonym specjalistycznym leczeniem może z powodzeniem być leczony przez lekarza pierwszego kontaktu. Ważne jednak pozostaje monitorowanie leczenia. Zatem powinna obowiązywać zasada: doktorze, jeśli leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów trwa pół roku i nie ma remisji, ponownie skieruj pacjenta do reumatologa.

- Ale czy ambulatoryjną opiekę specjalistyczną nad chorym reumatologicznym można poprawić bez zwiększenia finansowania kontraktów?

- Raczej nie ma co liczyć na dodatkowe środki. Potrzebne jest natomiast stworzenie mechanizmów powodujących, by chory pojawiał się tylko tam, gdzie uzyska dobrej jakości poradę.

Mamy około 1500 reumatologów zarejestrowanych w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Z danych NFZ wiadomo, że jest 2300 poradni przyjmujących pacjentów z chorobami reumatycznymi. To doprowadza do takiego rozdrobnienia kontraktów i obniżenia ceny za punkt, że wykonanie kompleksowej porady przestaje się opłacać. I oto mamy taką sytuację, że w 43 powiatach nie ma żadnej poradni reumatologicznej, a w wielu zakres porady jest faktycznie ograniczony.

W związku z tym może warto wprowadzić bardziej precyzyjne ramy gwarantujące jakość kontraktowanych porad - choćby wymóg gromadzenia określonej ilości punktów edukacyjnych przez doktora prowadzącego

poradnię.

Następna sprawa. Nie może być tak, że przychodnia reumatologiczna jest w jednej miejscowości, a rentgen czy laboratorium w innej. Ważna jest kompleksowość udzielonej porady. Wtedy chory po prostu przyjdzie do tej przychodni, gdzie uzyska na miejscu wszystko co konieczne.

- Czyli kontrakty na leczenie powinno dostawać mniej poradni?

- Chciałbym, żeby w każdym powiecie była jedna poradnia i wystarczy. Po co więcej? Poprawi się jakość porad. Konsultant wojewódzki uzyska łatwość kontrolowania struktury udzielanych świadczeń. Mówię to w oparciu o rozmowy z konsultantami. Rozmawiamy.

Mamy różnorodne koncepcje. Jako konsultant krajowy też ją mam. Koncepcję zmian organizacji systemu w reumatologii złożyłem do ministerstwa ze 2 lata temu. Nie wiem czy to jest dobra koncepcja, ale żeby coś zmienić trzeba zacząć dyskutować o niej.

- A jak wypadłaby dokonana przez konsultanta krajowego ocena dostępności do terapii w reumatologii?

- Dostępność do leków stosowanych w klasycznej reumatologii zadowala. Poprawić należałoby natomiast dostępność do leków biologicznych. Można to osiągnąć dwojako: albo obniżając cenę leków biologicznych, albo zwiększając wydatki - na co nie liczę.

- Jak kształtują się ceny leków biologicznych w kraju?

- U nas ceny tych leków są nieco poniżej średniej europejskiej. Cenę europejską zawyża Szwajcaria i Austria. Tam leki są bardzo drogie ze względu na inny mechanizm refundacji. [Tańsze](#) są w Anglii - ma na to wpływ duży wolumen sprzedaży; również w Norwegii. Najtańsze leki biologiczne są na Węgrzech.

Został zniesiony przepis dotyczący terapii inicjującej i mam nadzieję, że była w tym moja zasługa. Mamy jednak teraz taką oto sytuację, że każda firma wchodzi w te same koleiny: ten sam program, ta sama cena. Nadal nie mamy do końca dobrego narzędzia, które powodowałoby obniżenie ceny leków.

Zapewne wejście na rynek leków biopodobnych spowoduje obniżenie cen, tym bardziej, że ich skuteczność jest taka sama lub bardzo zbliżona do leku referencyjnego. Może się okazać, że racjonalne z punktu widzenia budżetu i pacjenta byłoby wprowadzenie leków biopodobnych do jednej grupy z referencyjnymi i refundowanie do limitu najtańszego.

- Czy nie martwi pana profesora relatywnie niska skuteczność leczenia lekami biologicznymi w reumatologii? Przynajmniej tak wynika z danych rejestru NFZ...

- Sądzę, że skuteczność leczenia biologicznego jest w Polsce taka sama jak na Zachodzie, bo dlaczego miałyby być inne... Dyskusje na ten temat wynikają między innymi stąd, że nie mamy zatwierdzonych standardów. Europejskie standardy zwracają właśnie uwagę na skuteczność leczenia. Jeśli chory nie uzyskuje niskiej aktywności bądź remisji, to musi mieć zmodyfikowane leczenie.

Mówiąc w uproszczeniu: lek biologiczny jest lekiem bardzo dobrym, ale nie wszystkim pomaga. Jeśli pomaga to leczmy długo, ale nie ma uzasadnienia długie leczenie jednym i tym samym lekiem, gdy nie uzyskuje się zakładanego celu, jakim jest dostatecznie niska aktywność choroby.

EULAR zaleca leczenie chorego jednym lekiem, gdy nie osiągnąony jest cel leczenia maksymalnie przez półtora roku. U nas średnio chory jest leczony od 3,5 do 4 lat. Około połowa chorych uzyskuje założony cel, reszta nie. Skoro nie, to takie leczenie wymaga zmiany. Chory niech pozostanie w leczeniu biologicznym. Nie chcemy wtedy odstawić leczenia, chcemy zastosować inny lek, też biologiczny, czekając, że okaże się skuteczniejszy.

- Czy można oczekiwać zmian w programach terapeutycznych w kierunku rozszerzenia kryteriów i objęcia leczeniem biologicznym większej liczby chorych?

- Sugerujemy rozszerzenie wskazań stosowania leków w zeszywniającym zapaleniu stawów kręgosłupa.

Chcielibyśmy wprowadzić inne kryteria kwalifikowania przypadków z ZZSK, dlatego że w tej chwili chorych kwalifikujemy bardzo późno. Pacjenci mają już zaawansowane zmiany, zwykle trafiają do tego leczenia po około 10 latach trwania choroby.

Są rekomendacje sprzed 2 lat, by takich chorych leczyć zdecydowanie wcześniej, mimo iż nie ma mocnych potwierdzonych danych, że to leczenie jest skuteczne. Sądzę, że jest. Wiele danych potwierdza, że w zapalnych chorobach reumatycznych zdecydowanie lepsze efekty uzyskuje się lecząc biologicznie chorych z wczesnymi zmianami. Jednak poszerzenie tych wskazań i ich realne zastosowanie w decydującym stopniu zależy od spadku cen leków.

- Czy biorąc od uwagę liczbę zarejestrowanych leków biologicznych oraz wprowadzenie ich do stosowania w programach terapeutycznych można już mówić o faktycznej dostępności różnorodnych terapii?

- Mamy 3 grupy leków biologicznych o różnym mechanizmie działania. Wkrótce zapewne pojawi się czwarta grupa. Jest zatem możliwość wyboru leczenia najbardziej odpowiedniego dla danego pacjenta.

- Podsumowując. Jak wypadamy na tle Europy pod względem wyników osiągniętych w leczeniu chorych reumatologicznych?

Poza być może zbyt małymi pieniędzmi na leczenie biologiczne, generalnie rzecz biorąc w Europie nie mamy się czego wstydzić pod względem wielu rozwiązań. Mówię to w oparciu o znajomość przypadków pacjentów z zagranicy, którzy podejmowali leczenie w Polsce. Leczyłem w kierowanej przeze mnie klinice pacjentkę z Anglii. Tam podczas leczenia pojawił się dylemat - nie podano pacjentce leku, bo nie mógł być zrefundowany, gdyż nie mieścił się w standardach przewidzianych dla tego przypadku. U nas lek można było podać - sądzę, że uratowaliśmy jej życie. Mamy wiele leków stosowanych nie tylko poza charakterystyką, ale poza standardami.

- Ale tak nie jest w leczeniu biologicznym w ramach programów terapeutycznych. Tu kryteria są bardzo ostre, padają opinie, że nazbyt ostre.

- Mamy takie sytuacje, że ośrodek nie wykonuje kontraktu na leczenie biologiczne. Czemu? Bo nie mogą dać tego leku niezgodnie z obowiązującymi standardami, choć można się spodziewać że podanie leku pomoże choremu. Z drugiej strony leki biologiczne uchodzą za panaceum na wszystko, a przecież trzeba mieć na uwadze, że skuteczność tych leków jest umiarkowana, bezpieczeństwo umiarkowane.

U nas zbyt wcześnie przerywamy terapię metotreksatem, który jest podstawą leczenia wszędzie. Ma zalety i wady - oczywiście. Ale są standardy, jeśli jest w nie wpisane, że Europejczyk ma być leczony metotreksatem to Polak też. Nie możemy uciekać od leku bardzo skutecznego i bardzo bezpiecznego do mniej skutecznego i bezpiecznego tylko dlatego że ten jest bardziej modny. W Europie nie wolno podać leku biologicznego bez metotreksatu, chyba że ten jest przeciwwskazany.

- Dziękujemy za rozmowę.