

Oszczędności i nowości



fot. 123RF

Jednym z często powtarzanych argumentów w związku z wdrażaniem ustawy refundacyjnej jest informacja, że zaoszczędzone 700 mln zł powróci do systemu ochrony zdrowia i będzie spożytkowane na wprowadzanie nowych leków i technologii.

Do tej pory czas oczekiwania nowych cząsteczek na wejście na listy refundacyjne jest w Polsce bardzo długi. Składa się na to wiele okoliczności – przewlekłość procedur, bezwład decyzyjny, ale też dość powszechne przekonanie decydentów, że doraźnie tańsza terapia starymi lekami jest również tańsza długofalowo. To błędna kalkulacja, bo w istocie jest odwrotnie – opóźnianie wdrażania nowych sposobów leczenia lub nowych technologii w końcowym rozliczeniu znacząco podnosi koszty.

Kolejka do życia

Przykładów można przytoczyć wiele, zarówno w odniesieniu do leków stosowanych na skalę masową, takich jak sartany, które czekały kilka lat na wprowadzenie na listy refundacyjne, jak i leków stosowanych w rzadszych schorzeniach – tu można wymienić bortezomib w leczeniu szpiczaka mnogiego.

Złożono 130 wniosków o wpis nowych leków na listę refundacyjną, która ma być ogłoszona na początku marca. Czekamy na decyzję, aby leczenie dzieci, kobiet w ciąży czy pacjentów onkologicznych mogło być prowadzone zgodnie z EBM i praktyką kliniczną, a nie tylko ze wskazaniem wymienionymi w charakterystyce produktu leczniczego. Na nową listę oczekują wszyscy borykający się z dopinaniem budżetu, który mimo wielu starań i aktywności różnych gremiów, jest skonstruowany dość niekonwencjonalnie.

Już od czasu przeprowadzenia badania CODIP (*Cost of Diabetes Type 2 in Poland*) wiadomo, że roczne bezpośrednie koszty leczenia cukrzycy typu 2 w Polsce na jednego pacjenta nie są bardzo wysokie, ale już koszty pośrednie są o wiele wyższe. Wynika to głównie z leczenia powikłań cukrzycy, które jest około 8-krotnie droższe niż leczenie samego schorzenia. Najczęstsze powikłania u cukrzycy związane są z uszkodzeniami naczyń krwionośnych w postaci mikro- i makroangiopatii. Wśród makroangiopatii na pierwszy plan wysuwają się zawał serca i choroba wieńcowa. O ile doraźne leczenie interwencyjne ostrego zawału serca w Polsce jest już problemem rozwiązany zarówno pod względem organizacyjnym, jak i metodologii kardiologicznej, to los chorego po założeniu stentu jest jeszcze bardzo niepewny. Czy nie grozi mu zakrzep w stencie? Czy dostanie odpowiednią ochronę farmakologiczną w postaci leku zapobiegającego zakrzepom? Zagadnienie to jest ważne u wszystkich pacjentów ze stentami, a u chorych na cukrzycę w szczególności.

Rachunek kosztów

Wyniki badania TRITON-TIMI, w którym analizowano wskaźnik kosztu do efektywności leczenia takich pacjentów, dowodzą, że dobrym wyborem medycznym i ekonomicznym jest prasugrel. Pod cytowanym artykułem podpisali się znani na całym świecie kardiologowie, na czele z Eugene Braunwaldem ze słynnego ośrodka Brigham and Women's Hospital w Bostonie. Nie tylko znakomite nazwiska, lecz także precyzyjne wyliczenia: wprawdzie koszt leczenia kłopidogrelem w badaniu TRITON-TIMI wynosił 4,62 dol. dziennie, a leczenia prasugrelem 5,45 dol. dziennie, ale koszty i wyniki odległe były korzystniejsze dla prasugrelu. Obie grupy liczyły ponad 3000 osób, przy czym w grupie otrzymującej prasugrel pacjenci byli rzadziej hospitalizowani zarówno w ciągu 30 dni od rozpoczęcia terapii, jak i w okresie całego badania, co korzystnie wpływało na koszt leczenia. Czy tak precyzyjne argumenty profesorów kardiologii, których głosu nad wyraz chętnie chce słuchać minister Bartosz Arłukowicz, będą również brane pod uwagę przy najnowszych decyzjach? Czy na listę dostaną się te preparaty, które powinny na niej być?

Należy życzyć naszym pacjentom, aby nie byli narażeni na powikłania, a ochronę przed nimi zapewniały im dobre i sprawdzone leki. Popularne powiedzenie „umiesz liczyć – licz na siebie” w dobie kryzysu oraz budowy racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia powinniśmy zastąpić innym: „umiesz liczyć – licz dokładnie”.

Krystyna Krypl