

PRIORITIES AND CHALLENGES IN POLISH AND EUROPEAN DRUG POLICY

Leki okulistyczne są dostępne. Czas na poprawę organizacji leczenia

Współczesna okulistyka, zwłaszcza w zakresie cywilizacyjnych chorób oczu, to nowoczesne leki i coraz bardziej przyjazne pacjentom terapie. Jak podkreślali uczestnicy sesji poświęconej okulistyce w ramach konferencji *Priorities and Challenges in Polish and European Drug Policy 2024*, w Polsce jest pełna dostępność nowoczesnych technologii lekowych, jednak można jeszcze sporo poprawić w organizacji leczenia.

Jak podkreślał konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki prof. dr hab. n. med. Marek Rękas, aby osiągnąć sukces w jakiejś dziedzinie, a w okulistyce to się udało, należy nie tylko opracować dobrą i skuteczną koncepcję rozwoju, lecz także znaleźć środki na jej sfinansowanie.

Dobra koncepcja i finansowanie

– Taką koncepcję udało nam się opracować w wielu dziedzinach okulistyki wspólnie z Ministerstwem Zdrowia, Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i innymi instytucjami oraz przy zaangażowaniu wielu osób. Aby ją jednak wprowadzić w życie, trzeba znaleźć pieniądze. Wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) i Ministerstwem Zdrowia udało się pozyskać środki, a pierwszym krokiem w tym kierunku była optymalizacja tych zasobów, które już mieliśmy. To jest jeden z najlepszych sposobów, bo dzięki zmianom organizacyjnym można wiele osiągnąć – przekonywał prof. Marek Rękas.

– Pierwsza zmiana według naszej koncepcji, jaką wprowadziliśmy, dotyczyła leczenia zaćmy. Przede wszystkim przyspieszyliśmy naszą pracę, wprowadzając system jednolity. Zastosowaliśmy również rozbić finansowania leczenia zaćmy, z pewną małą karą w przypadku niestosowania się do ustalonych zasad. To zadziałało. Według danych NFZ 30 tys. pacjentów co miesiąc jest skreślanych z listy oczekujących na zabieg. Jesteśmy w czołówce Europy, jeśli chodzi o jednolity system pracy, a obecnie w Polsce średni czas oczekiwania na zabieg to 30–60 dni – dodał.

Konsultant krajowy przyznał, że w zakresie zaćmy nie zostało jeszcze zrobione wszystko, co można. Wskazywał, że należy się zastanowić, co to jest oddział okulistyczny, ile zaćm musi operować rocznie, a następnie ustanowić to w koszyku świadczeń gwarantowanych.

– Bardzo byśmy chcieli, żeby Ministerstwo Zdrowia w którymś momencie ostatecznie zagwarantowało kolejkę dla pacjenta. To by świadczyło, że mamy stałą tendencję do finansowania leczenia zaćmy w Polsce. W ubiegłym roku ukazało się rozporządzenie w zakresie witrektomii, które umożliwiła szpitalom sieciowym leczenie pacjentów



W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- prof. dr hab. n. med. Małgorzata Figurska, Wojskowy Instytut Medyczny
- Maciej Miłkowski, wiceminister zdrowia w latach 2018–2024
- Małgorzata Pacholec, prezes Stowarzyszenia Retina AMD Polska
- prof. dr hab. n. med. Robert Rejdak, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
- prof. dr hab. n. med. Marek Rękas, konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki
- prof. dr hab. n. med. Sławomir Teper, Śląski Uniwersytet Medyczny
- prof. dr hab. n. med. Edward Wylęgała, Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

bez limitów. Ta dziedzina powinna być centralizowana i należałoby się zastanowić, czy nie wprowadzić tu podobnych zasad jak w przypadku zaćmy. Jeśli chodzi o jaskrę, jest podobnie – powinniśmy doprowadzić do określenia wskaźnikami jakości leczenia operacyjnego – podkreślał prof. Marek Rękas.

Polska wzorem dla wielu krajów

Profesor dr hab. n. med. Robert Rejdak z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie stwierdził, że Polska okulistyka przez ostatnie dekady przeszła prawdziwą rewolucję.

– Pamiętam, że kiedy zaczynałem pracę jako rezydent, musieliśmy bezradnie rozkładać ręce i mówić pacjentom, że nie możemy im pomóc. Dzisiaj jako lekarz praktyk mogę potwierdzić, że mamy taki czas,

w którym możemy rzeczywiście pomagać chorym. Kiedy wyjeżdżam za granicę, słyszę tam od swoich kolegów, że program lekowy dotyczący leczenia chorób plamki, który mamy w Polsce, jest rewolucją. Lekarze na zachodzie dochodzą do wniosku, że powinno się je leczyć właśnie w takim systemie jak schorzenia neurologiczne, reumatologiczne, onkologiczne – w programach lekowych – mówił prof. Robert Rejdak.

Jak podkreślał, to co w Polsce jest realizowane już od kilku lat, lekarze w innych krajach europejskich będą dopiero wprowadzali i zapewne będą korzystali z naszych doświadczeń. Potwierdziła to prof. Anat Loewenstein, prezes EURETINA i członek honorowy Stowarzyszenia Chirurgów Okulistów Polskich.

– Dzisiaj mamy w leczeniu plamki nowe otwarcie, ponieważ zmienia się całkowi-

cie profil chorego. Jeszcze niedawno byli to ludzie w sile wieku, aktywni zawodowo, którzy czuli się już inwalidami. Być może będziemy mogli podawać im zastrzyk co pół roku. To może oznaczać, że taka osoba nie będzie nawet pamiętać o swojej chorobie, bo będzie skutecznie leczona. Iniekcje leku co 4–5 miesięcy zmieniają jakość życia pacjenta i opiekę nad nim. To co udało się osiągnąć w programach lekowych dzięki ciężkiej pracy wiceministra Miłkowskiego, prof. Rękasa i zespołu koordynującego, jest wzorcem światowym – zapewniał prof. Robert Rejdak.

Jak poprawić dostęp do programów lekowych?

– Bardzo się cieszę, że jesteśmy dziś na takim etapie w leczeniu najczęściej występujących chorób oczu, że kluczowe pytanie

brzmi: jak poprawić dostęp pacjentów do programów lekowych? Sierżbę pacjenta trafiającego do programów można prześledzić. Mają na nią wpływ społeczne determinanty zdrowia – to gdzie pacjent mieszka, w jakiej miejscowości, jaki ma dostęp do okulisty. Powinniśmy to przeanalizować. Dysponujemy już ogromną ilością danych, ponieważ prawie wszystko jest rejestrowane elektronicznie. I należy to wykorzystać – przekonywał prof. Sławomir Teper ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Zaznaczył, że dostępność zależy od tego, gdzie pacjent żyje i na co choruje, ponieważ pacjenci z cukrzycą, pacjenci z zwyrodnieniem plamki związanym z wiekiem (*age-related macular degeneration* – AMD) i pacjenci z chorobami rzadkimi to zupełnie inne kategorie. Chorzy na AMD to bardzo często ludzie starsi, którzy nie chcą obciążać rodzin swoją chorobą, nie chcą iść do okulisty, żeby nie robić innym problemów. Dopiero kiedy choruje u nich drugie oko, kiedy zaczynają rzeczywiście całkowicie tracić wzrok, szukają pomocy okulisty.

– Może trzeba zmodyfikować „metodę na wnuczka” i zachęcać wnuki, aby bawiąc się ze swoimi dziadkami, zasłaniały im jedno oko i sprawdzały ich widzenie. To jest taka prozaiczna rzecz. Chodzi o to, aby ludzie się zorientowali, że warto pójść do okulisty już wtedy, kiedy jedno oko zaczyna chorować, a nie dopiero wtedy, kiedy rzeczywiście tracimy wzrok w obu – mówił prof. Sławomir Teper.

Ekspert opowiadał, że jadąc na konferencję *Drug Policy*, zadał chatowi GPT pytanie, co należy zrobić, gdy nagle pogorszy się wzrok. Odpowiedź była jednoznaczna – nie wolno tego ignorować, to sprawa bardzo pilna i należy szukać pomocy u okulisty. – Może wszyscy powinni zacząć korzystać ze sztucznej inteligencji, żeby wiedzieć, że jeżeli nie trafią do okulisty odpowiednio szybko, to być może nie uda im się już odzyskać ostrości wzroku – mówił prof. Sławomir Teper.

Czego oczekują pacjenci?

Małgorzata Pacholec, prezes Stowarzyszenia Retina AMD Polska, tłumaczyła, że kiedy jesteśmy chorzy, to nie interesuje nas, że kiedyś było gorzej. Patrzymy na to, jak jest dzisiaj. A ten, kto dzisiaj jest objęty programem lekowym, jest... szczęściarzem, bo ma szansę na normalne funkcjonowanie. – Dzisiaj mamy pacjentów, którzy stosunkowo szybko mieli rozpoznane AMD czy cukrzycowy obrzęk plamki (*diabetic macular edema* – DME) i wiedzą, że jest możliwość zatrzymania tej choroby, że są



prof. Marek Rękas: Według danych NFZ 30 tys. pacjentów co miesiąc jest skreślanych z listy oczekujących na leczenie zaćmy. Jesteśmy w czołówce Europy, jeśli chodzi o jednolity system pracy, a obecnie w Polsce średni czas oczekiwania na zabieg to 30–60 dni

znakomite leki. Dysponujemy ich całym spektrum, a lekarze, którzy monitorują chorobę pacjenta, mogą dobrać im odpowiedni lek – mówiła Małgorzata Pacholec. – Pacjenci oczekują, aby leczenie było mniej uciążliwe, bo są wśród nich osoby mniej mobilne, niejeżdżące samochodem, zależne od bliskich. Pacjentom zależy na tym, żeby dostać najlepszy lek na czas, ale żeby terapia nie była tak bardzo uciążliwa. Żeby iniekcje leku odbywały się nie co miesiąc lub dwa miesiące, ale rzadziej. Sprzyjają temu nowe rozwiązania i terapie. Jako pacjenci widzimy to i dziękujemy ministrowi Miłkowskiemu, który jest dla nas – chorych na AMD i DME – bohaterem. Ma wielkie zasługi w tym, że do programów lekowych byłyby szybko włączane wszystkie leki, które są stosowane na świecie – podkreśliła.

Jak dodała Małgorzata Pacholec, w programach lekowych jest zapewnione świetne leczenie na światowym poziomie, ale nie wszyscy pacjenci mają szansę na uratowanie wzroku. Stąd apel do dziennikarzy wszystkich mediów, aby nagłaśniali problem, edukowali społeczeństwo i docierali do niego z przekazem, że o wzrok trzeba

prof. Robert Rejdak: Program lekowy dotyczący leczenia chorób plamki, który mamy w Polsce, jest rewolucją. Lekarze na zachodzie dochodzą do wniosku, że powinno się je leczyć właśnie w takim systemie jak schorzenia neurologiczne, reumatologiczne, onkologiczne – w programach lekowych

dbać, że nie zrobi tego lekarz, tylko my sami.

Rewolucja w leczeniu chorób siatkówki

Dzięki odważnym decyzjom refundacyjnym od stycznia 2024 r. Polska znalazła się w czołówce krajów pod względem dostępności nowoczesnych terapii w okulistyce. Wraz z włączeniem do programu B.70 leczenia pacjentów z chorobami siatkówki farycymabu klinicyści i pacjenci zyskali dostęp do terapii, której podwójny mechanizm działania daje możliwość leczenia neowaskularnej postaci AMD (*neovascular AMD* – nAMD) i DME w odstępach do 4 miesięcy. W praktyce oznacza to dla pacjentów mniejszą liczbę zastrzyków do szklistkowych przy jednoczesnej poprawie lub utrzymaniu jakości widzenia.

– Rzeczywiście większość chorych leczonych w programie to szczęściarze. Rzadko który pacjent skarży się na pogorszenie widzenia w trakcie terapii, ponieważ jest to leczenie systematyczne, a chory otrzymuje tyle dawek leku, ile potrzebuje. Nie ma żadnych ograniczeń – potwierdziła prof. dr hab. n. med. Małgorzata Figurska z Wojskowego Instytutu Medycznego.

prof. Sławomir Teper: Warto pójść do okulisty już wtedy, kiedy jedno oko zaczyna chorować, a nie dopiero wtedy, kiedy tracimy wzrok w obu. Jeżeli pacjent nie trafi do okulisty odpowiednio szybko, to być może nie uda mu się już odzyskać ostrości wzroku

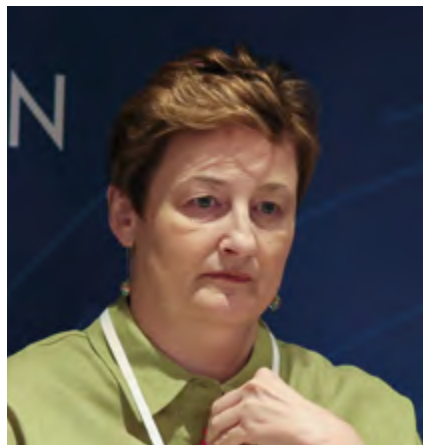
– Tym, co możemy jeszcze poprawiać, jest indywidualne dostosowywanie leczenia do każdego pacjenta. Co to znaczy? Dysponujemy już dość dużą liczbą leków, bo zarejestrowanych jest kilka preparatów. Nasi pacjenci z reguły są jednak leczeni przez kilka lat i w toku terapii możemy te preparaty zmieniać. Możemy również indywidualnie dostosować leczenie do chorego z możliwością wydłużenia odstępu czasowego pomiędzy dawkami leku w schemacie *treat and extend*, co dzisiaj już nie brzmi obco, bo nawet pacjenci wiedzą, co to jest. Manewrując odstępami pomiędzy iniekcjami, można dobrać schemat leczenia indywidualnie dla każdego pacjenta, żeby efekt był jak najlepszy, a chory jak najrzadziej zgłaszał się na podanie leku – tłumaczyła prof. Małgorzata Figurska.

Jak podkreślała, dzięki nowym cząsteczkom, które aktualnie są zarejestrowane w większych dawkach, pacjenci jeszcze rzadziej. Obecnie szacuje się, że nawet co 5–6 miesięcy. Można założyć, że przy optymalnym scenariuszu lekarz zobaczy pacjenta dwa razy w ciągu roku.

PRIORITIES AND CHALLENGES IN POLISH AND EUROPEAN DRUG POLICY



Fot. Sajtmon Czerwiński



Fot. Sajtmon Czerwiński



Fot. Sajtmon Czerwiński



Fot. Sajtmon Czerwiński

”

Małgorzata Pacholec: *Pacjentom zależy na tym, żeby dostać najlepszy lek na czas, ale żeby terapia nie była tak bardzo uciążliwa. Żeby iniekcje leku odbywały się nie co miesiąc lub dwa miesiące, ale rzadziej*

Pasjonaci

Jak przekonywali uczestnicy dyskusji, nie byłoby nowoczesnych programów lekowych, które zrewolucjonizowały okulistykę, bez osobistego zaangażowania w ich tworzenie m.in. Macieja Miłkowskiego. On sam przekonywał, że okulistyka jest taką dziedziną medycyny, w której wystarczy zebrać dziesięciu pasjonatów, aby zmienić jej oblicze.

– I tak się stało. Wcześniej nie dało się nic zmienić, nic zrobić. Pacjenci czekali w kolejce po 6 lat, musieli leczyć się prywatnie, dopłacać do leków. Za to gabinety prywatne świetnie sobie radziły. Kiedy spotkali się faszynaci okulistyki, zmieniło się prawie wszystko. Co ważne, ta dzisiejsza dyskusja także pokazała, że są to ludzie, którzy wiedzą, co jeszcze chcą poprawić i jak to zrobić. Wiedzą też, że te zmiany będą efektywne. I to nie dla swojego środowiska, ale dla pacjentów, dla systemu ochrony zdrowia – mówił Maciej Miłkowski.

– Zmieniliśmy okulistykę prawie w całość na jednodniową, ambulatoryjną. W związku z tym trzeba zlikwidować typowe całodobowe oddziały okulistyczne. Ich utrzymywanie nie ma uzasadnienia. Oczywiście muszą być i takie, ale jeden, dwa w każdym województwie. Powinno się im dopłacać za pełnienie dyżurów, być może wymiennie. Muszą bowiem istnieć miejsca, w których będziemy kształcić specjalistów, gdzie w nocy będą wykonywane zabiegi – dodał. Jak wskazywał, pełne wykorzystanie informatyzacji, także w diagnostyce, tworzenie ogromnych baz danych i praca na nich przy wykorzystaniu sztucznej inteligencji

”

prof. Małgorzata Figurska: *Manewrując odstępami pomiędzy iniekcjami, można dobrać schemat leczenia indywidualnie dla każdego pacjenta, żeby efekt był jak najlepszy, a chory jak najrzadziej zgłaszał się na podanie leku*

– mogą być kolejnym krokiem w rozwoju okulistyki.

– W zakresie leków niewiele jeszcze możemy osiągnąć. Za to w organizacji pracy w okulistyce bardzo dużo, szczególnie we współpracy z Centrum e-Zdrowie i Narodowym Funduszem Zdrowia – mówił Maciej Miłkowski.

Jak Shinkansen

Na pytanie, jakie narzędzia są obecnie najbardziej potrzebne okulistom – nowe leki, nowe urządzenia diagnostyczne czy wyższe wyceny, prof. dr hab. n. med. Edward Wylęgała z Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach odpowiedział, że przede wszystkim nie można utracić tego, co do tej pory udało się osiągnąć.

– Zostałem przedstawiony jako pracownik Szpitala Kolejowego w Katowicach, dlatego użyję kolejowego porównania. Pociąg, który wystartował prawie 10 lat temu, kiedy rozpoczął się program lekowy, powoli ruszał. Pamiętam, jak trudno było wówczas wprowadzić leczenie, jaka była sytuacja. Miały być stosowane dwa leki, ale jedna firma obraziła się na drugą i wystartowaliśmy, bazując przez dwa lata jedynie na afliberceptie. To nie było tak, że od razu wskoczyliśmy do Pendolino. Ten pociąg to był raczej Regio. Mieliśmy możliwość podania wówczas trzech iniekcji, bo tylko tyle było refundowanych. Później pacjent był pozostawiony sam sobie. To było jak pociągnięcie za hamulec bezpieczeństwa – przypomniał prof. Edward Wylęgała.

– Moim marzeniem jest, aby utrzymać to, co udało nam się do tej pory osiągnąć –

”

Maciej Miłkowski: *W zakresie leków niewiele jeszcze możemy osiągnąć. Za to w organizacji pracy w okulistyce bardzo dużo, szczególnie we współpracy z Centrum e-Zdrowie i Narodowym Funduszem Zdrowia*

utrzymać w stosowaniu doskonale leki, których nowa formuła jest genialna i sprawia, że mogą działać dłużej. Dzięki pracy całego zespołu ludzi, wysiłkom prof. Rękasa udało się wprowadzić mechanizm, który wywindował program lekowy na taki poziom, że to już nawet nie jest Pendolino, ale Shinkansen – kontynuował prof. Edward Wylęgała. – To absolutnie niesamowity pociąg, którym możemy się chwalić w całej Europie. Jeśli chodzi o sprzęt diagnostyczny, to mamy chyba najwięcej OCT w Europie dzięki polskiemu aparatowi, który jest najlepszy pod względem stosunku jakości do ceny. Jeszcze raz podkreślę: moim marzeniem jest to, aby ten ultraszybki pociąg gdzieś nie stanął z powodu braku paliwa albo czegoś innego – dodał.

Przede wszystkim dostępność

Jak stwierdził prof. Marek Rękas, podsumowując dyskusję, najważniejszym wyzwaniem dla okulistyki i systemu ochrony zdrowia jest obecnie poprawa dostępności świadczeń.

– Mam koncepcję poprawienia dostępności poprzez zmianę organizacji ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Musimy zmienić myślenie o niej. Moim zdaniem okulista przede wszystkim powinien mieć dobrze wycenioną wizytę podstawową. Musimy to zrobić, dlatego że kiedy wprowadzimy do systemu optometrystów, to musi powstać zróżnicowanie na tym poziomie. Badania dodatkowe nie powinny być komponentem, który zwiększa przychód. To okulista powinien wiedzieć, kiedy z nich korzystać – mówił prof. Marek Rękas.

”

prof. Edward Wylęgała: *Moim marzeniem jest, aby utrzymać to, co udało nam się do tej pory osiągnąć. Udało się wprowadzić mechanizm, który wywindował program lekowy na taki poziom, że to już nawet nie jest Pendolino, ale Shinkansen*

Jak podkreślał, zmiany organizacyjne w ambulatoryjnej opiece są wyzwaniem, bo właśnie tam jest 100 tys. pacjentów, którzy nie są jeszcze leczeni z powodu zaćmy.

– Innym problemem jest leczenie siatkówki. Kiedy sprawdzałem niedawno dane, to okazało się, że na przykład w Hiszpanii leczenie 80–90 proc. pacjentów jest finansowane ze środków publicznych. W Skandynawii – 100 proc., podobnie w Szwajcarii czy Niemczech. Taki jest kierunek w całej Europie. Choroby siatkówki muszą być finansowane ze środków publicznych, bo jest to leczenie przewlekłe i kosztochłonne, na które nie każdego pacjenta stać – tłumaczył.

– Leki w programach lekowych siatkówki w zasadzie mamy wszystkie. Pozostaje doprecyzować wskaźniki jakościowe i określić, ile ośrodków ma się zajmować tą dziedziną i które. Mamy dzisiaj różne kombinacje. Są małe placówki, które leczą zaćmę i nie leczą AMD, a powinny. Podobnie ośrodki kliniczne – też czasem leczą zaćmę i nie leczą AMD. Trzeba dokładnie określić, jakie schorzenia musimy leczyć i na jakim poziomie, a co stanowi rozwój ośrodka na danym poziomie. Małe jednostki muszą się zajmować tymi chorobami, które występują najczęściej w populacji, a większe leczyć jaskrę, wykonywać przeszczepy rogówek czy zmagać się z nowotworami. Nie może być tak, że każdy sobie wybiera, czym się będzie zajmował, tak aby jemu było łatwiej. Odpowiednie zachowania świadczeniodawców muszą egzekwować zarządzający – dodał prof. Marek Rękas.

Jacek Janik