



Wyzwania medycyny, rozwiązania dla pacjenta

Czwartek 20 CZERWCA 2013

Dodatek specjalny



Rewolucja 1-majowa – nadzieje i obawy

Jeszcze niedawno Polska była niechlubnym wyjątkiem na mapie Europy, nie gwarantując pacjentom realnego dostępu do nowoczesnych metod leczenia wirusowego zapalenia wątroby typu C. 1 maja zapadła decyzja o finansowaniu ze środków publicznych innowacyjnej trójlekowej terapii zwiększającej skuteczność leczenia WZW C o 70 procent.

WZWC może zarażać się każdy, kto choć raz w życiu był w szpitalu czy u dentysty. To choroba przebiegała – przez wiele lat może się rozwijać bezobjawowo, aż przy obniżeniu odporności organizmu – zaatakuje. Wykrywana jest najczęściej dopiero, gdy chory wymaga już specjalistycznej opieki medycznej.

O tym, jak przeciwstawić się przebiegłemu wirusowi HCV, w redakcji „Rzeczpospolitej” dyskutowali eksperci medycyny, politycy, przedstawiciele systemu opieki zdrowotnej i organizacji pacjentów.

Do aż 80 proc. zakażeń dochodzi właśnie podczas pobytu w szpitalach, zabiegów medycznych wykonywanych z zaniechaniem procedur – iniekcji, pobrań krwi, badań endoskopowych czy wizyt stomatologicznych. Każdego roku na całym świecie w wyniku zakażenia umiera 350 tys. osób, w Europie – ok. 86 tys., a zdaniem ekspertów w najbliższych latach te liczby mogą się potroić.

W Polsce u ponad 700 tys. osób wykryto kontakt z wirusem, statystycznie każdego dnia 3–4 osoby dowiadują się, że są zagrożone marskością wątroby czy rakiem w konsekwencji zakażenia wirusem.

Ale rzeczywista skala zagrożenia może być o wiele większa. Te przypadki, które pozostają niewykryte, stanowią potencjalne zagrożenie dla kolejnych osób (osoba zakażona wirusem HCV może zakażać innych).

W Polsce badania przesiewowe na obecność wirusa HCV nie znajdują się obecnie w koszyku świadczeń gwarantowanych. Idealnie byłoby, gdyby wykonywane były każdemu pacjentowi po zakończeniu hospitalizacji. To właśnie na systemie ochrony zdrowia spoczywa szczególnie odpowiedzialność za tych, którzy zostali zakażeni w publicznych placówkach.

Przez wiele lat w ocenie pacjentów i ekspertów decydenci starali się uciekać od problemu. Dobrą wiadomością są decyzje dotyczące rozszerzenia programu lekowego dla WZW C o terapię trójlekową.

Ocenia się, że w Stanach Zjednoczonych czy Europie poziom wykrywalności obecności HCV wynosi od 10 do 50 proc. W Polsce – ok. 14 proc.

Ponieważ wiedza na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C jest wciąż stosunkowo niewielka, nie wszyscy mają świadomość możliwości płatnego wykonania testu na obecność wirusa HCV.

W badaniu GfK Capibus przeprowadzonym w 2012 roku diagnozowano stan wiedzy na temat WZW C. Spośród tysięcy ankietowanych efektywny dialog udało się wówczas nawiązać z 65 procentami odpowiadających. 35 proc. nie kojarzyło nawet pojęć HCV, wirusowe zapalenie wątroby czy żółtaczka zakaźna typu C. A połowa respondentów odpowiadała błędnie – że istnieje szczepionka przeciwko temu wirusowi.

Podczas debaty „WZW C – wyzwania medycyny, rozwiązania dla pacjenta” odbywającej się w ramach kampanii edukacyjnej „Liczymy się z naszym zdrowiem” prof. Waldemar Halota, prezes Polskiej Grupy Ekspertów

HCV, zaapelował o powrót do prac nad złożonym w 2006 roku w Ministerstwie Zdrowia „Narodowym Programem Zwalczania Zakażeń HCV”, który do tej pory nie doczekał się wprowadzenia w życie.

Projekt wskazywał trzy kierunki niezbędnych w walce z wirusem działań, jak najwcześniejsze wykrywanie zakażeń, ich monitorowanie i leczenie. Tymczasem udało się zacząć... od końca.

Wielomiesięczne rozmowy w Ministerstwie Zdrowia i perswazje środowiska przyniosły efekt w postaci decyzji o finansowaniu ze środków publicznych nowej, bardziej skutecznej niż dotychczasowa metody leczenia WZW C (terapii trójlekowej).

Polega ona na dołączeniu do standardowo stosowanej kombinacji dwóch leków (pegylowanego interferonu alfa i rybawiryny) trzeciego leku z grupy tzw. inhibitorów proteazy – telaprewiru lub boceprewiru. Możliwość leczenia trzema lekami dotyczy osób zakażonych wirusem HCV o tzw. genotypie 1, który

w Polsce stwierdza się u 80 proc. pacjentów z WZW C. Terapia dwulekowa u pacjentów zakażonych genotypem 1 wirusa HCV daje jedynie 40–50 proc. wyleczeń. Po dołączeniu inhibitora proteazy odsetek wyleczeń wzrasta do 70–80 proc. Jednak terapia trójlekowa jest trzykrotnie droższa od dotychczas stosowanej.

Ekspertci obecni na debacie „Rz” docenili postęp w podejściu do kwestii leczenia WZW C. Wciąż jednak – jak zauważa lekarz, senator Bolesław Piecha, do niedawna szef sejmowej komisji zdrowia – szklanka jest do połowy pełna, sukces zatem polowiczny.

W ślad za formalną decyzją z 1 maja 2013 roku nie poszły na razie gwarancje finansowania, które zapewniłyby chorym pełny dostęp do nowoczesnego leczenia. Lekarze obawiają się, że bez dodatkowych funduszy rozszerzenie programu lekowego może okazać się fikcją – w miejsce trzech pacjentów leczonych dotychczasową metodą wejdzie jeden z terapią trójlekową.

Ministerstwo Zdrowia nie może na razie oszacować, ile potrzeba środków finansowych. NFZ mówi o istniejących rezerwach w regionalnych oddziałach i skróconym aneksami do kontraktów trybie decyzyjnym.

Kiedy natomiast powstanie w Polsce pełny rejestr nosicieli HCV – na razie nie wiadomo.

Porównując doświadczenia innych krajów europejskich, polscy eksperci oceniają, że lepszy dostęp do terapii trójlekowej zaoferowały swoim pacjentom kraje o podobnym do Polski statusie ekonomicznym – Węgry, Rumunia i Bułgaria, a nawet Grecja i Portugalia.

Dobrze więc, że w najlepiej pojętym interesie pacjenta dołączyliśmy do tego grona. Zdaniem Macieja Nowickiego, farmakoeconomisty, prezesa Fundacji Watch Health Care, efektywność leczenia trójlekowego jest udowodniona w każdej grupie pacjentów. Także więc z punktu widzenia opłacalności 1-majowa decyzja opiera się na racjonalnych ekonomicznych argumentach.

–Izabela Kraj

HCV – potrafimy walczyć

Na czym polega przełom w leczeniu wirusowego zapalenia wątroby typu C. Czy finanse...
O nowych rozwiązaniach, problemach medycyny i systemu ochrony zdrowia

RED. KRZYSZTOF MICHALSKI, MODERATOR SPOTKANIA, DZIENNIKARZ POLSKIEGO RADIA: Jaka jest dziś w Polsce skala zakażeń wirusem HCV?

PROF. WALDEMAR HALOTA, PREZES POLSKIEJ GRUPY EKSPERTÓW HCV: Szacujemy, że w Polsce ekspozycja na zakażenie wirusem HCV dotyczy 2 procent populacji. Należy przyjąć, że połowa z nich to osoby czynnie zakażone (może u nich powstać choroba i mogą zakażać innych), a reszta to ci, u których wirus się nie rozwinął.

Mamy bowiem do czynienia z wirusem, który przez lata może być utajony, nie dając żadnych czytelnych objawów. Przeciwciała anti-HCV występują u ok. 700 tys. Polaków. Leczonych powinno być sto kilkadziesiąt tysięcy osób, ale są to tylko spekulacje, bo w większości przypadków ci chorzy pozostają anonimowi zarówno dla lekarzy, jak i siebie samych.

KRZYSZTOF MICHALSKI: A jak wygląda dynamika zjawiska?

PROF. ANDRZEJ HORBAN, KRAJOWY KONSULTANT W DZIEDZINIE CHOROBY ZAKAŻONYCH: Liczba osób rzeczywiście rozpoznanych jest dużo mniejsza niż zakażonych, bo jak już wspominał prof. Halota, większość z nich nie ma powodów, by zgłaszać się do lekarza, gdyż szczęśliwie czują się dobrze. Gorzej, gdy poczują się źle, bo wtedy okazuje się, że przeważnie są już w dość późnym stadium rozwoju choroby.

Rocznice rozpoczynamy leczenie u ok. 3-4 tys. Polaków. Najczęściej źródłem zakażenia są osoby, które o nim nie wiedzą. Te, które wiedzą, zakażają rządziej.

Szczęśliwie udaje nam się obecnie unikać zakażeń poprzez przetaczanie krwi. Wynika to z tego, że dawniej nie wiedzieliśmy, iż dawcy są zakażeni, bo nie umieliśmy rozpoznać wirusa. Teraz rozpoznajemy go bardzo precyzyjnie i jesteśmy w stanie większość takich przypadków wyeliminować.

KRZYSZTOF MICHALSKI: Jakie są priorytety leczenia WZW C w Polsce?

ŁUKASZ PERA, DEPARTAMENT POLITYKI LEKOWEJ I FARMACJI W MINISTERSTWIE ZDROWIA: Problematyka zakażeń wirusem HCV jest często porównywa-

na do góry lodowej, w której odkryty jest tylko wierzchołek, a nie wiadomo, co dzieje się poniżej poziomu wody. Naszym zadaniem jest to, aby maksymalnie obniżyć ten poziom wody i aby jak najwięcej pacjentów miało wdrożoną właściwą terapię. Leczenie WZW C jest prowadzone w ramach programu lekowego. Pacjenci są kwalifikowani do leczenia interferonem 2A, interferonem 2B - pegylovanym i rekombinowanym, oraz rybawiryną. Od 1 maja ze środków publicznych finansowane jest leczenie inhibitorami proteazy [rodzaj leków antyretrowirusowych - red.]: lekiem boceprewir i telaprewir. Tym samym pacjenci spełniający kryteria włączenia do programu lekowego mają bezpłatny dostęp do nowoczesnej trójlekowej terapii przeciwwirusowej.

Należy zaznaczyć, że priorytetem w leczeniu wirusowego zapalenia wątroby finansowanego ze środków publicznych jest zapewnienie pacjentom skutecznych i bezpiecznych terapii lekowych, których zastosowanie doprowadzi do osiągnięcia właściwego efektu terapeutycznego. Wprowadzając dany lek do finansowania ze środków publicznych, minister zdrowia zawsze opiera się na kryteriach ustawowych, które zakładają zbadanie efektywności klinicznej danej terapii, bezpieczeństwa jej stosowania, a także efektywności kosztowej. W przypadku terapii trójlekowej wszystkie kryteria zostały wypełnione.

KRZYSZTOF MICHALSKI: Środowisko eksperckie bardzo zabiegało o wprowadzenie tej terapii. Na czym polega przełom leczenia trójlekowego?

PROF. WALDEMAR HALOTA: My walczyliśmy o każdą terapię, która przyniesie korzyść pacjentowi. Jak się pojawiły inhibitory proteazy, chcieliśmy jak najszybciej wprowadzić je do praktyki klinicznej, dlatego że dotychczasowa tradycyjna terapia interferonem pegylovanym i rybawiryną w zakażeniach genotypem pierwszym dawała około 50 procent wyleczeń, co oznacza, że drugie 50 procent pacjentów nie mogło być wyleczonych, mimo iż miało dostęp do terapii dwulekowej. Dlatego z pełną determinacją zabiegaliśmy o finansowanie ze środków publicznych powszechnej w Europie terapii trójlekowej.

Nie tylko więc ze względów medycznych, ale także ekonomicznych była to ważna decyzja, gdyż marnowaniem publicznych pieniędzy byłoby aplikowanie tej połowie chorych takiej terapii, która w ich przypadku nie działa.

KRZYSZTOF MICHALSKI: Czy za decyzją Ministerstwa Zdrowia idą także pieniądze na tę terapię?

BARBARA WÓJCIK-KLIKIEWICZ, DYREKTOR DEPARTAMENTU GOSPODARKI LEKAMI NFZ: Środki finansowe pozostają w gestii dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ. Jesteśmy na etapie podpisywania aneksów do umów i dopiero po zakończeniu tego procesu będziemy znać konkretną kwotę przeznaczoną na program lekowy leczenia WZW typu C.

Sytuacja jest o tyle korzystna, że nie jesteśmy zmuszeni do przeprowadzania odrębnego konkursu, ponieważ jest to rozszerzenie już istniejącego programu, a zatem droga administracyjna jest maksymalnie skrócona. Ponieważ NFZ wiedział o pracach nad rozszerzeniem programu lekowego, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich zabezpieczyli w swoich budżetach pewne kwoty na finansowanie dwóch nowych leków.

Pytanie oczywiście jest takie: czy wygospodarowane przez fundusz kwoty, które bądź co bądź pochodzą z budżetu przeznaczanego na wszystkie leki - w tym te finansowane w ramach programów lekowych - będą adekwatne do oczekiwań. Przypomnę, że łączne koszty tej innowacyjnej terapii są czterokrotnie wyższe od terapii dotychczas finansowanych przez Fundusz. Przypomnę również, że zgodnie z ustawą refundacyjną budżet przeznaczony na leki jest ściśle określony i nie może ulec zwiększeniu w trakcie roku.

PROF. MAEGORZATA PAWEŁOWSKA, PREZES POLSKIEGO TOWARZYSTWA EPIDEMIOLOGÓW I LEKARZY CHOROBY ZAKAŻONYCH: Podpisanie aneksów niestety nie załatwia sprawy. Dyskusja na temat pieniędzy pozostawiona jest do negocjacji między świadczeniodawcami a dyrektorami oddziałów wojewódzkich NFZ. A przecież wiadomo, że terapia trójlekowa jest około trzy razy droższa od dotychczas stosowanej metody leczenia. Oczywiście liczyliśmy



się z tym, że terapia trójlekowa będzie wprowadzona i że może nie należy wykorzystywać wszystkich środków, ale nie znam szpitala, który miałby nadwyżkę. Kolejka jest dużo większa niż możliwość leczenia. Zatem jeśli nie będzie więcej pieniędzy, de facto mniej chorych tę pomoc otrzyma. Nie wierzę w to, że pula środków zwiększy się trzykrotnie.

KRZYSZTOF MICHALSKI: Kogo zatem leczyć w pierwszej kolejności?

BARBARA WÓJCIK-KLIKIEWICZ: Według kryteriów włączenia programem powinny być objęte te osoby, dla których terapia trójlekowa będzie najbardziej skuteczna.

PROF. ANDRZEJ HORBAN: Dla lekarzy jest rzeczą jasną, że grupa, która pierwsza powin-

na otrzymać leczenie, to osoby, których stan się pogarsza. Bo one mają najbardziej ograniczony horyzont czasowy.

PROF. MAEGORZATA PAWEŁOWSKA: My, lekarze, możemy ustawić pacjentów w odpowiedniej kolejce. Ale jeśli nie będziemy aktywnie poszukiwać tej choroby, mając dodatkowo na uwadze, że przyczyniamy się do powstawania tych zakażeń, wykonując nieprawidłowo proste procedury medyczne, to nie będziemy w stanie przybliżyć się do realnych danych, bo dziś operujemy tylko szacunkowymi.

Oczywiście pierwsze takie badanie (ocena obecności przeciwciał anti-HCV), które jest badaniem taniem (kilkanaście złotych) i powinno się znaleźć w koszyku lekarza POZ, mówi tylko tyle, że człowiek zetknął się z wirusem i jego organizm wy-

tworzył przeciwciała. Ale tylko takie badanie pomoże nam ocenić realną liczbę chorych i wyselekcjonować tych, którzy wymagają natychmiastowego aplikowania leków.

PROF. WALDEMAR HALOTA: Mimo podeszłego wieku jako nauwny człowiek chciałbym zapytać, czy centrala NFZ przewidziała jakieś fundusze na ten cel?

BARBARA WÓJCIK-KLIKIEWICZ: Zgodnie z ustawą wszystkie fundusze są przekazywane do oddziałów wojewódzkich. Taki jest porządek prawny od 2003 roku. NFZ stara się podejmować wszelkie możliwe czynności administracyjne pozwalające uwzględnić państwa sugestie jako środowiska medycznego. W obecnie obowiązującym porządku prawnym dyrektor oddziału może



↑PROF. WALDEMAR HALOTA



↑PROF. ANDRZEJ HORBAN



↑ŁUKASZ PERA



↑BARBARA WÓJCIK-KLIKIEWICZ

Ć z podstępny wirusem

ansowanie z budżetu państwa trójlekowej terapii zmieni los zakażonych pacjentów?
rony zdrowia rozmawiali eksperci, lekarze, decydenci i pacjenci.



My bardzo mało wiemy o występowaniu HCV w Polsce, to są badania szacunkowe, estymowane między innymi do Niemiec.

Jeśli przyjmujemy, że głównym źródłem zakażeń i infekcji jest służba zdrowia, to ja sądzę, że standardy niemieckiej służby zdrowia są jednak ciut wyższe. Wiemy, jak było ze sterylizacją i krwiodawstwem.

WHO podaje współczynnik zakażenia wirusem HCV między 1-3 procent z przewagą trzech. Dlaczego my mamy mieć poniżej 1 proc. – nie wiem. To niczym nieuzasadniony optymizm.

Co stoi na przeszkodzie, by badać wszystkich, którzy opuszczają szpital, lub wprowadzić test przesiewowy przynajmniej w medycynie pracy czy medycynie związanej z rozrodnością?

MACIEJ NOWICKI, PREZES FUNDACJI WHC, FARMAKO-EKONOMISTA: Bardzo dobrą wiadomością dla nas wszystkich, a szczególnie pacjentów i ich lekarzy, jest wiedza, że kosztowa efektywność leczenia trójlekowego jest udowodniona praktycznie w każdej grupie pacjentów – zarówno tych dotychczas nieleczonych, jak i tych, którzy byli leczeni do tej pory nieskutecznie.

Nie tylko więc z klinicznego, ale również z ekonomicznego punktu widzenia terapia trójlekowa jest dużą wartością, a decyzja o jej finansowaniu ze środków publicznych bardzo słuszną. Takie leczenie po prostu jest i humanitarne, i opłacalne.

Pamiętajmy, że poniesione w tym przypadku wydatki pozwalają uniknąć znacznie wyższych nakładów związanych z leczeniem stadium nowotworowego choroby czy przeszczepem zniszczonej nia wątroby. Czasami warto na wydatki spojrzeć jak na inwestycje. Podejmując działania dotyczące rejestru chorych, edukacji, profilaktyki i sposobów leczenia, zawsze warto policzyć, jakie będą zwroty poniesionych kosztów.

BOLESŁAW PIECHA: To jest tzw. rachunek zdrowia, którego w Polsce się nie wykonuje.

MACIEJ NOWICKI: Zatem może wreszcie czas zacząć...

BARBARA PEPKE, PREZES FUNDACJI GWIAZDA NADZIEI: Bar-

dzko lekko się mówi o liczbach, rachunkach, kosztach. A my, przedstawiciele fundacji, mamy przed oczami twarze i nazwiska konkretnych ludzi, którzy niczego złego nie zrobili, ale w 80 proc. przypadków zostali zakażeni w szpitalu. Teraz – mimo często młodego wieku – cierpią na marskość wątroby, są o krok od nowotworu, a państwo dotąd nie było w stanie sfinansować im skutecznego leczenia. Sami zatem próbowali zbierać fundusze.

Terapia trójlekowa, dostępna od jakiegoś czasu w Europie, była długo wyczekiwana przez polskich pacjentów. Przez ponad rok, gdy trwała ocena programów, czekaliśmy w napięciu i niemal co dwa miesiące słyszeliśmy pytania – czy to już?! A teraz z obawą słyszę, że wciąż są jakieś przeszkody i sama decyzja nie załatwia sprawy.

A przecież jeśli wyleczymy te osoby, to powstaną oszczędności w leczeniu raka wątroby i zmniejszy liczbę osób wymagających przeszczepu, co też jest znacznym kosztem.

ŁUKASZ PERA: Decyzja o finansowaniu tych technologii lekowych była oparta na kryteriach art. 12 ustawy o refundacji. Oznacza to, że dla grupy pacjentów opisanej przez kryteria włączenia w pełni udowodniono między innymi skuteczność kliniczną, efektywność kosztową oraz akceptowalny profil bezpieczeństwa.

Minister zdrowia, podejmując decyzję o objęciu refundacją przedmiotowych technologii lekowych, miał na uwadze możliwości finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia, który został aktywnie włączony w proces refundacyjny. Przedstawiciele NFZ są członkami Komisji Ekonomicznej prowadzącej negocjacje cenowe z wnioskodawcami. Brali również czynny udział w rozmowach o możliwościach aneksowania umów na realizację przedmiotowego programu lekowego ze świadczeniodawcami.

Ze względu na powyższe, nie ma żadnych podstaw do obaw, że świadczenie będzie niewłaściwie realizowane. Pacjenci, którzy spełniają kryteria włączenia do programu, będą mieli dostęp do leczenia produktami leczniczymi boceprewir i telaprewir po podpisaniu przez świadczeniodawców aneksów do umów na realizację programu lekowego Leczenie prze-

wlekłego zapalenia wątroby typu C.

KRZYSZTOF MICHALSKI: A co dalej z diagnozowaniem i leczeniem wirusowego zapalenia wątroby typu C? Czy potrzebny jest narodowy program zwalczania zakażeń HCV?

PROF. ANDRZEJ HORBAN: Ta dyskusja pokazuje, jak wiele problemów zostało już rozwiązanych, ale jak wiele jest jeszcze do zrobienia. Program obejmuje niewielką część pacjentów, a powinien większą. Czekamy też na następne leki, bo intencją twórców programu jest to, by był on otwarty, by łatwo można go było rozszerzyć na kolejne terapie. Narodowy Program Zwalczania Zakażeń HCV powinien powstać, bo pomoże pewne procesy zdyktować.

PROF. WALDEMAR HALOTA: W stosunku do dotychczasowych działań państwa wobec pacjentów z HCV mogą użyć jednego określenia: bałamucstwo. Pacjent na razie został bałamucony obietnicami leczenia, do którego nadal nie ma dostępu. Z tego, co powiedział przedstawiciel ministerstwa, widać, że kolejność jest taka: najpierw negocjacje i kontrakty, później się okaże, ile tych pieniędzy udało się wyskrobać.

BARBARA WÓJCİK-KLIKIEWICZ: Nie mogę się zgodzić z taką opinią. Chcę podkreślić, że wprowadzono rozwiązania, które jednak mogą napawać optymizmem. Został rozszerzony program lekowy. Procedurę dostępu do finansowania skrócono do minimum. Lekarze mają możliwości kwalifikowania pacjentów do tych terapii. Niestety, budżet Narodowego Funduszu Zdrowia jest ograniczony wielkością składki, a jej wpływ jest – jak na razie – mniejszy od prognozowanego.

Dziś na pewno nie można mówić, że dla chorych z WZW C nic nie zrobiono i że są bałamuceni obietnicami. Wstrzymajmy się z opiniami do zakończenia prac, uruchomienia zmodyfikowanego programu i dopiero po pewnym okresie jego funkcjonowania będzie czas na pierwsze oceny.

KRZYSZTOF MICHALSKI: Chodzi jednak o to, żebyśmy wiedzieli, u ilu osób doszło do kontaktu z wirusem HCV,

ile osób może być potencjalnie zagrożonych.

BOLESŁAW PIECHA: Stworzenie rejestru epidemiologicznego, a nie tylko rejestru leczniczych na WZW C, należy na pewno do podstawowych zadań na przyszłość dla systemu ochrony zdrowia w Polsce. Dla pacjentów natomiast najważniejszy jest realny dostęp do leczenia.

Być może choć jeden program powinien być skonstruowany tak, by nie było kolejki. Znamy mechanizmy skutecznego negocjowania najniższych cen, np. umowa payback. Do tego jednak potrzebna jest znów wiedza na temat skali zjawiska, czyli konkretne dane.

BARBARA PEPKE: Statystycznie w Polsce cztery osoby każdego dnia dowiadują się, że mają raka wątroby w następstwie działania HCV. A my zwlekamy z rozwiązaniami systemowymi i znalezieniem funduszy! Policzymy, ilu tych potrzebujących przybędzie w ciągu tygodnia i kolejnego miesiąca.

PROF. WALDEMAR HALOTA: A ja zwracam jeszcze uwagę, że narodowy program zwalczania HCV leży w Ministerstwie Zdrowia od 2006 roku. Najbliższej wdrożenia tego programu był chyba minister Zbigniew Religa. Teraz straciłem nadzieję, że kiedykolwiek znacznie obowiązywać, a dziś byłby czas, by go wyciągnąć z szuflady, lekko zmodyfikować i wprowadzić w życie.

Polska Grupa Ekspertów HCV i organizacje pacjenckie na pewno nie odmówią pomocy przy takim programie.

KRZYSZTOF MICHALSKI: Podsumowując zatem: narodowy program zwalczania zakażeń HCV pozwoliłby, po pierwsze, zdobyć wiedzę na temat skali problemu, po drugie, podjąć działania edukacyjne i prewencyjne, po trzecie wreszcie, wprowadzić odpowiednie procedury lecznicze.

PROF. WALDEMAR HALOTA: Czekamy i namawiamy resort do aktywności w tym kierunku.
—opracowanie
Izabela Kraj

jedynie przesuwając w ramach budżetu lekowego środki finansowe, np. z refundacji aptecznej na programy lekowe czy chemioterapie. Tak jak wcześniej wspominałam, wydatki na leki są ściśle określone w planie finansowym i dyrektor oddziału wojewódzkiego nie może go przekroczyć. Nie może również tworzyć rezerw w tym zakresie – ma obowiązek rozdyktować wszystkie środki na zakup świadczeń.

KRZYSZTOF MICHALSKI: Senator Bolesław Piecha przedstawił kilka tygodni temu w Sejmie dezyderat, w którym postulował wprowadzenie terapii trójlekowej. Czy czuje się pan usatysfakcjonowany decyzjami, które zapadły?

BOLESŁAW PIECHA, SENATOR, BYŁY SZEF SEJMOWEJ KOMISJI ZDROWIA: Cieszę się, że głos

przedstawiciela parlamentu został wysłuchany, a nawet zrealizowany. Tyle że na razie w formie werbalnej: „Tak, terapia trójlekowa jest dostępna dla chorych w Polsce” – słyszę. I na tym kończy się moja radość, a zaczyna obawa. Bo już przy tym stole widać, że króluje imposybilizm – niemożność przekucia prostego faktu administracyjnej decyzji w rzeczywistość korzyść dla pacjenta. Ministerstwo Zdrowia tworzy program przy pomocy grona ekspertów i konsultantów, akceptuje go, a na dobrą sprawę nadal nie wiemy, czy polscy pacjenci będą mogli z tego nowego leczenia zapisać w programie korzystać. Bo jak zwykle zaczynamy podejście do sprawy od końca. Dezyderat postulował najpierw stworzenie określonych rejestrów chorych i osób potencjalnie zagrożonych.



↑PROF. MAŁGORZATA PAWŁOWSKA



↑BOLESŁAW PIECHA



↑MACIEJ NOWICKI,



↑BARBARA PEPKE

