

W leczeniu łuszczycy trzeba skończyć z ekonomią krótkowidza



foto: Robert Gardziński/Fotorezepa

Z posłem Tomaszem Latosem, przewodniczącym sejmowej Komisji Zdrowia, wiceprzewodniczącym Parlamentarnego Zespołu ds. Łuszczycy, rozmawia Kamilla Gębska

W trakcie stażu podyplomowego zachorował pan na łuszczycę. Jaka terapia zadziałała, co pomogło w poskromieniu choroby?

Zachorowałem pod koniec stażu, co zdeterminowało wybór specjalności. Myślałem o wyborze specjalizacji zabiegowej, jednak przekonałem się, że nie jest to droga dla mnie. W trakcie dyżuru na chirurgii asystowałem przy zabiegach i miałem kontakt z różnymi płynami, procedurą mycia – szorowania dłoni. Wówczas pojawiła się pierwsza niewielka zmiana, która nie ustępowała. Bagatelizowałem to. Gdy jednak nie zniknęła przez kilka miesięcy, poszedłem do dermatologa, który zdiagnozował łuszczycę.

Co pomogło? Czasami żartuję, że polityka. Gdy zostałem radnym, część zmian złagodziła się, a część ustąpiła. Dalsza poprawa nastąpiła, gdy zostałem posłem. Teraz choroba nie jest uciążliwa i nie uniemożliwia mi normalnego życia.

Jak ocenia pan sytuację pacjentów dermatologicznych, w tym chorujących na łuszczycę, jako polityk, lekarz, pacjent?

Bardzo chętnie i z dużą radością wspieram wszelkie inicjatywy posłów związane z łuszczycą, stwarzam możliwości do dyskusji zarówno podczas posiedzeń Komisji Zdrowia poświęconych dermatologii, jak i w Parlamentarnym Zespole ds. Łuszczycy.

Wiem, jak ważna jest walka ze stygmatyzacją chorujących na łuszczycę, uświadamianie, że jest to choroba jak każda inna, którą nie można się zarazić. By zmienić, poprawić sytuację pacjentów dermatologicznych, trzeba skończyć z systemową ekonomią krótkowidza. Po prostu opłaca się wydać więcej na skuteczne leczenie, by zaoszczędzić na długotrwałych absencjach chorobowych. Mam nadzieję, że gdy będziemy oceniać funkcjonowanie programu terapii biologicznej w łuszczycy, to uda się przekonać Ministerstwo Zdrowia i NFZ do złagodzenia kryteriów kwalifikujących, przez co szerzej uchylimy drzwi do leczenia dla innych pacjentów.

Co mógłby pan poradzić pacjentom dermatologicznym?

Po pierwsze, by znaleźli lekarza, do którego będą mieć pełne zaufanie, ponieważ wiara pacjenta odgrywa bardzo ważną rolę w terapii łuszczycy. Po drugie, by rozmawiali z innymi chorymi, gdyż mają oni bezcenne doświadczenia praktyczne. Ważne też jest, ale tego nie dokonają pacjenci i lekarze, by dermatologia była we

właściwy sposób finansowana, a opieka nad pacjentem dermatologicznym lepiej zorganizowana.

Biologiczne leczenie łuszczycy w programie profilaktycznym pozostawia wiele do życzenia. Przewidziano objęcie terapią od 800 do 1000 pacjentów rocznie, a leczonych jest 130. Dzieje się tak m.in. z powodu obostrzeń systemowych ograniczających dostęp do leczenia. To wynik oszczędności resortu zdrowia, czy brak zrozumienia złożoności choroby, jaką jest łuszczyca?

Na leczenie biologiczne łuszczycy bardzo czekali zarówno pacjenci, jak i lekarze. Obie grupy poczyniły wiele starań, by leczenie było dostępne. Ministerstwo w końcu uległo naciskom środowisk oraz twardym argumentom, że trzeba finansować terapię biologiczną. Doskonale pamiętam, jak wiele trudu trzeba było włożyć, żeby przekonać resort oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Teraz program jest, ale wprowadzono w nim znaczące ograniczenia utrudniające dostęp do tej terapii. W związku z tym pojawia się pytanie, dlaczego Ministerstwo Zdrowia i płatnik tak postąpili? Sądzę, że obie te instytucje mają w tyle głowy braki finansowe i oszczędności oraz traktują lekarzy jak potencjalnych krętaczy, którzy mogą po znajomości – nie zawsze tym pacjentom, którzy tego potrzebują – ordynować terapię biologiczną. Dlatego na wszelki wypadek postawiono zapory. W ochronie zdrowia pokutuje resortowe, wycinkowe myślenie, sprowadzające się do krótkowzrocznego patrzenia na jedną procedurę, która – nie ma co ukrywać – jest droga. Zapomina się natomiast o wszystkich innych kosztach związanych z leczeniem łuszczycy. Być może, gdyby przeprowadzony został rzetelny rachunek ekonomiczny, okazałoby się, że terapia biologiczna, która owszem kosztuje kilkanaście tysięcy złotych, jest korzystna, bo dzięki niej pacjent jest skutecznie wyleczony, unika także kosztownych hospitalizacji. Policzenie wszystkich kosztów związanych z łuszczyką pokazałoby, że należy poszerzyć grupę pacjentów objętych leczeniem biologicznym, bo w końcowym rachunku ekonomicznym to się po prostu bardziej opłaca.

Ważne też jest, by na leczenie łuszczycy patrzeć szerzej, nie tylko przez pryzmat portfela Ministerstwa Zdrowia i NFZ. Nieleczony, nieskutecznie leczony pacjent z łuszczyką jest kosztochłonny dla systemu, a podleczone czy wyleczone nie potrzebuje pomocy społecznej – może być czynny zawodowo, a co za tym idzie m.in. przekazywać niemałe pieniądze do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu wykonywanej pracy.

Jakie widzi pan realne rozwiązania, by innowacyjne leczenie łuszczycy stało się bardziej dostępne?

Podstawę powinna stanowić zmiana systemowego podejścia do łuszczycy, ponieważ to ciężka autoimmunologiczna choroba. Oswajamy z tą chorobą, obala-

„By leczenie łuszczycy było bardziej dostępne, trzeba skończyć z ekonomią krótkowidzów – oszczędzaniem pieniędzy, bo są to pseudooszczędności”

my wiele mitów z nią związanych również w Sejmie, z czego bardzo się cieszę. Jest w tym też mój skromny udział, ponieważ staram się brać udział w wydarzeniach związanych z łuszczyką, jak np. w konferencji z okazji Światowego Dnia Osób Chorych na Łuszczykę czy w innych spotkaniach. Zdaję sobie sprawę, że takie działania, a także utworzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Łuszczycy (której jestem wiceprzewodniczącym), to wciąż zbyt mało.

„Policzenie wszystkich kosztów związanych z łuszczyką pokazałoby, że należy poszerzyć grupę pacjentów objętych leczeniem biologicznym, bo w końcowym rachunku ekonomicznym to się po prostu bardziej opłaca”

By leczenie łuszczycy było bardziej dostępne, trzeba skończyć z ekonomią krótkowidzów – oszczędzaniem pieniędzy, bo są to pseudooszczędności. Kiedyś spotkałem nad Morzem Martwym grupę pacjentów z całego świata leczących się tam na łuszczykę. Byli wśród nich m.in. Duńczycy z obsadą lekarsko-pielęgniarską. Zapytałem, jak jest to możliwe, że im się opłaca wysłać tak dużą grupę pacjentów na leczenie klimatyczne, podczas gdy inni tego nie robią. Powiedzieli brutalną prawdę – warto, ponieważ wysyłając pacjentów na pozornie drogie leczenie, uwzględniamy zarówno skutki ekonomiczne, jak i społeczne. Chciałbym owe „warto” usłyszeć kiedyś nie tylko od ministra zdrowia, ale i ministrów finansów oraz pracy i polityki społecznej. ■