



STANOWISKO

Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychiatrii

w sprawie refundacji za leki psychotropowe stosowane
u osób chorych psychicznie

POSITION

of the National Consultant in Psychiatry

*in the case of refunding the costs of psychotropic drugs administered
to the mentally ill*

1. Stosowanie leków psychotropowych (przeciwpowrotnych, przeciwdopaminowych, przeciwdopaminowych, normotymicznych i prokognitywnych) jest podstawową formą leczenia przewlekłych chorób psychicznych. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego gwarantuje bezpłatne udzielanie świadczeń zdrowotnych (art. 10) tej grupie osób. Ponadto art. 12 tej ustawy stanowi: „Przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy”. Wszystkie leki niezbędne do terapii chorób psychicznych, a w szczególności te, które zapewniają efektywność, bezpieczeństwo i wygodę leczenia, a co za tym idzie – należytą współpracę pacjenta z lekarzem (compliance) powinny być w pełni refundowane.
2. Klasyczne leki psychotropowe (leki przeciwpowrotne, przeciwdopaminowe, normotymiczne) I generacji są dostępne osobom chorym psychicznie, jako leki w pełni refundowane lub za opłatą ryczałtową, istotne ograniczenia dotyczą leków nowych (II i III generacji) zarówno przeciwpowrotnych, jak również przeciwdopaminowych oraz stosowanych w zaburzeniach otępiennych typu alzheimerowskiego. Cena niektórych z tych leków przekracza możliwości nabywcze większości chorych i tylko nielicznych stać na zakup drogiego specyfiku.
3. Nowe, droższe, leki psychotropowe są często jedynymi, które chorzy mogą przyjmować ze względu na objawy niepożądane i powikłania kuracji występujące u części leczonych (jak np. parkinsonizm, późne dyskinezy i in.), bądź obecność chorób uniemożliwiających stosowanie leków I generacji takich jak choroby narządu krążenia, wątroby, przerost gruczołu krokowego, jaskra i in.
4. Liczba chorych przewlekłe, wymagających długotrwałego leczenia, jest wprawdzie względnie stała, ale wciąż wzrasta odsetek psychoz opornych na leki. Nowe leki, dają szansę uzyskania poprawy u części chorych z psychozami przewlekłymi, u których klasyczne leki zawodzą. Profil działania psychotropowego nowych leków jest bardziej optymalny niż leków wprowadzonych w latach 60–70-tych, co zapewnia większą efektywność leczenia.
5. Ograniczenie wyboru leków stosowanych w psychozach do leków I generacji ma chronić budżet przed wydatkami. Jednakże źle dobrane leczenie prowadzi nie tylko do zwiększenia liczby i długości

hospitalizacji, ale często (np. w przypadku leków przeciwpsychotycznych) do utrwalenia zaburzeń i pojawienia się stanu przewlekłego, pogłębienia rozpadu osobowości (np. nasilenia tzw. objawów negatywnych) i niechęci chorych do leczenia, co wielokrotnie zwiększa rzeczywisty koszt terapii i opieki nad tą grupą chorych. Koszt większości wielotygodniowych kuracji jest mniejszy od ceny jednego osobodnia pobytu w szpitalu, a tylko przy nielicznych stanowi 2–3-krotną jego wielkość.

6. Jedyna możliwość ograniczenia wydatków na leki powinna wynikać z ich właściwego, zgodnego ze wskazaniami i stanem chorego – ordynowania.
7. Odrębnym problemem jest system kontroli poprawnego ordynowania leków, który powinien być wdrożony przez instytucje do tego powołane.
8. Wszystkie leki przeciwpsychotyczne, przeciwdepresyjne, normotymiczne i prokognitywne powinny być nieodpłatnie udostępniane osobom przewlekle chorym psychicznie, co wymagałoby odpowiednich zmian w listach leków refundowanych i co za tym idzie odstępiania od zasady tzw. limitu cenowego w stosunku do wymienionych grup leków.
9. Nie można przyjąć, że leki należące do grupy o podobnym podstawowym (zbadanym lub postulowanym) mechanizmie działania można zawsze wzajemnie zastąpić, bowiem z jednej strony odpowiedź terapeutyczną kształtuje w znacznym stopniu osobnicza, indywidualna wrażliwość na dany lek, z drugiej zaś – leki należące do tej samej grupy różnią się istotnie w zakresie farmakokinetyki, profilu działania psychotropowego, tolerancji i objawów niepożądanych. Dobrym przykładem jest grupa selektywnych inhibitorów wychwytu serotoniny obejmująca 5 leków: mimo wspólnego mechanizmu działania poszczególne preparaty wykazują szereg istotnych z punktu widzenia klinicznego różnic. Należy też podkreślić,

że nieskuteczność jednego wcale nie oznacza, że inny preparat z tej grupy okaże się również nieskuteczny. Dotyczy to również leków przeciwpsychotycznych II generacji; każdy z leków należących do tej grupy wykazuje pewne specyficzne cechy, które różnią go od pozostałych, co podważa zasadność stosowania tzw. limitu cenowego.

W sprawie kryteriów chorób psychicznych uprawniających do bezpłatnego leczenia oraz wskazań, w których refundacja jest niezbędna

Określenie „osoby chorujące na chorobę psychiczną”, o którym mowa w art. 39 Ustawy z dnia 6 lutego o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. nr 28, poz. 153 ze zm.) oraz w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 9 grudnia 1998 r. w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków, preparatów diagnostycznych i sprzętu jednorazowego użytku, które ze względu na te choroby mogą być przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością (Dz. U. nr 156, poz. 1028 ze zm.) obejmuje głównie osoby z zaburzeniami psychicznymi, w których występują objawy psychotyczne (np. schizofreniczne, urojenia, omamy, afektywne, zaburzenia świadomości (przytomności), nasilone zaburzenia otepienne, amnestyczne). W klasyfikacji ICD-10 większość chorób psychicznych mieści się w działach FO, F2, F3. Jednak niekiedy powyższe kryteria mogą spełniać zaburzenia opisane w innych działach tej klasyfikacji. Na przewlekłość choroby psychicznej wskazuje czas trwania dłuższy niż trzy miesiące lub jej nawrotowość.

Sądzę, że do uprawnień do korzystania z przepisów, o których mowa w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 9 grudnia 1998 roku, należałoby zaliczyć również te osoby z zaburzeniami psychicznymi, ale bez objawów psychotycznych, u których obecność tych zaburzeń wiąże się

z zagrożeniem własnego życia albo życia lub zdrowia innych osób lub uniemożliwia zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych.

Lista chorób uznanych przez Ministra Zdrowia za choroby przewlekłe na podstawie art. 34 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. N. 54) jest niepełna. Na liście tej powinny znaleźć się następujące grupy zaburzeń:

- schizofrenia: przewlekła lub nawracająca, lub lekooporna,
- zaburzenia afektywne dwubiegunowe (nawracające),
- zaburzenia depresyjne nawracające,
- depresje lekooporne

- choroba Alzheimera i inne przewlekłe psychozy o przyczynach organicznych,
- zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne o przewlekłym, inwalidyzującym przebiegu,
- zaburzenia łaknienia (zagrożające życiu).

Psychiatrów ordynujących leki psychotropowe pragnę jednocześnie poinformować, że postulaty zawarte w tym stanowisku są **moimi dezyderatami**, które przedkładałem wielokrotnie Ministerstwu Zdrowia w latach 1998–2003.

Nie zmieniają one **obowiązujących** regulacji prawnych dotyczących uprawnień chorych do leków refundowanych i zasad tej refundacji.

() *Prof. dr hab. STANISŁAW PUŻYŃSKI*
Konsultant Krajowy w Dziedzinie Psychiatrii