

Komentarz do artykułu Marcina P. Kaczora i Rafała Wójcika *Analiza opłacalności stosowania inhibitorów TNF- α w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów w warunkach polskich*

Odpowiedź na pytanie: „Jak leczyć chorego?” lub inaczej „Co to jest dobre leczenie?” nie jest prosta. Lekarz, ustalając postępowanie terapeutyczne, powinien kierować się dobrem chorego, widzianym w jak najszerszej perspektywie. Leczenie powinno być skuteczne, a przekonanie o tym powinno wyływać z dobrze udokumentowanych, aktualnych danych medycyny naukowej (medycyny opartej na faktach). Ocena skuteczności powinna być kompleksowa i obejmować dłuższą perspektywę czasową, a najlepiej całe życie chorego. Leczenie powinno być również bezpieczne, tj. porównanie oczekiwanych korzyści z prawdopodobnymi działaniami niepożądanymi powinno wskazywać na przewagę korzyści. Zastosowana terapia powinna być zgodna z rekomendacjami lub standardami postępowania, ale zawsze uwzględniająca konkretnego chorego, widzianego całościowo, a nie jedynie przez pryzmat chorego narządu. Wybór terapii nie powinien być wyrazem patriarchalnego stosunku lekarza do pacjenta, ale uwzględniać też preferencje chorego. Mają one inne uwarunkowania i należy je przedyskutować z pacjentem. Odpowiedzialność lekarza za wybór leczenia konkretnego chorego jest częścią jego odpowiedzialności wobec społeczeństwa. Mieści się w niej również odpowiedzialność za skutki finansowe stosowanej terapii.

Problem „dobrego leczenia” chorych na reumatoidalne zapalenie stawów jest złożony, a farmakoterapia jest jego najbardziej istotnym, chociaż nie jedynym aspektem. Analizując leczenie, można wyróżnić kilka wątków tematycznych, m.in. udokumentowaną skuteczność – leki biologiczne stosowane w leczeniu chorych na reumatoidalne zapalenie stawów są niewątpliwie grupą leków najbardziej efektywnych. Brak analiz porównawczych między lekami, a także analizy pośrednie, wydają się nie wskazywać na żaden lek jako wyraźnie skuteczniejszy od innych lub istotnie bezpieczniejszy w stosowaniu. Nie znaczy to jednak, że leki są identyczne. Oprócz wymienionych na wstępie czynników decydujących o wyborze rodzaju terapii należy pamiętać o preferencjach lekarza i wspomnianych preferencjach pacjenta. Wybór lekarza może łączyć się z własnym doświadczeniem lub doświadczeniem ośrodka, w którym pracuje. Nie bez znaczenia jest czas, od kiedy dany lek jest w użyciu lub jest stosowany w określonym ośrodku. Dla chorego ważny jest też sposób podania leku i zasa-

dy oceny zagrożenia lub wystąpienia działań niepożądanych, czyli tzw. monitorowanie terapii. Ważne jest, czy chory musi często przebywać w tym celu w szpitalu, czy podanie leku jest bolesne lub uciążliwe, czy prowadzenie leczenia nakłada na chorego istotne ograniczenia (np. w prowadzeniu pojazdów mechanicznych, w odżywianiu – możliwość wystąpienia interakcji z niektórymi pokarmami itp.). Na pewno też chory, i być może w pewnym stopniu lekarz, podlegają wpływom mody lub informacji podawanych przez media.

Niestety, o ile aspekty medyczne stosowanych terapii są znane i chętnie poznawane przez lekarzy, o tyle aspekty farmakoeconomiczne budzą niekiedy opory, a wiedza w tym zakresie trudniej toruje sobie drogę do umysłów lekarzy. Zjawisko to ma złożone przyczyny. Lekarz zawsze spotyka konkretnego chorego, a nie populację chorych, trudną czasami do wyobrażenia. Jest też prawie zawsze przekonany, iż jego wpływ na całkowity koszt choroby jest niewielki. W małym tylko stopniu zależą od niego koszty pośrednie (np. ponoszone przez opiekującą się chorym rodzinę). Jeszcze trudniej przebijają się do naszej świadomości takie pośrednie koszty choroby, jak przykładowo utrata zdolności chorego do wykonywania pracy i tym samym niewpływające do budżetu państwa podatki od jego dochodów. Wszystko to piszę, aby zwrócić uwagę na te socjoekonomiczne aspekty działalności lekarza, które umykają uwadze w codziennej praktyce klinicznej. Właśnie one są przedmiotem omawianego artykułu. Autorzy w sposób profesjonalny poddali analizie koszty i zyski z leczenia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów za pomocą różnych inhibitorów TNF- α w warunkach polskich. Analiza problemu w warunkach polskich to chyba najbardziej istotny walor pracy, ponieważ ze względu na liczne uwarunkowania prac o tej tematyce, powstałych w innych krajach, nie można ich wyników przenosić do warunków polskich. Niestety, aparat pojęciowy pracy jest mało zrozumiały dla lekarza klinicysty. Dlatego wydaje się niezbędne, aby autorzy w kolejnym numerze czasopisma napisali własny komentarz, a raczej wprowadzenie metodyczne, które można zawęzić w hasło „jak czytać wyniki pracy?” Dla czytelnika – lekarza reumatologa nieobeznanego z zasadami farmakoeconomicznej – niezrozumiała jest droga, jaką doszli autorzy do wyników zawartych w tab. I–III omawianej pracy.

Oczywiście, intuicyjnie wyczuwamy koszty choroby i te bezpośrednie (leki, sprzęt, hospitalizacja, a może też praca lekarza oraz czas przeznaczony na leczenie i wypełnianie dokumentacji, za które powinno się mu zapłacić), i te pośrednie („rodzina choruje z chorym”, współmałżonek zmienia pracę, aby usprawnić opiekę nad pacjentem, zmienia się budżet domowy, chory nie pracuje, co generuje nie tylko koszty wypłacanej renty lub dofinansowanie z opieki społecznej, ale i wiele innych). Nie starcza jednak czytającemu wiedzy, aby zrozumieć uzyskane wyniki, np. co znaczą koszty podane w tabelach. Myślę, że do właściwego odbioru pracy niezbędne jest też wytłumaczenie, czy różnica od 0,6 do 1,08 QALY przy różnicy kosztów 87–155 tys. zł to dużo czy mało. Przewrotnie można zapytać bowiem, czy terapia tradycyjnymi lekami modyfikującymi, będąca o połowę tańsza od skojarzonego leczenia lekami biologicznymi, dająca efekt 6,072 QALY nie jest podobna do terapii skojarzonej dającej efekt 6,716–7,149 QALY? Dlatego z niecierpliwością oczekuję, a myślę, że wyrażam opinię wielu Czytelników, od autorów opisowego wytłumaczenia umożliwiającego właściwe spojrzenie na uzyskane wyniki. Każdy reumatolog mający własne doświadczenia z lekami biologicznymi wie, jak bardzo może pomóc chorym, stosując je w terapii. Dlatego z jednej strony czyni starania o pozyskanie finansowania takiego leczenia, a z drugiej – z dużym nakładem wysiłku przygotowuje chorych do leczenia, nadzoruje ten proces i spełnia wymogi administracyjno-dokumentacyjne, jakie towarzyszą temu leczeniu. Myślę, że wyniki omawianej analizy mogą być bardzo ważną opinią, postawioną z całkiem innego punktu widzenia niż obserwacje lekarskie, ale muszą być one zrozumiałe dla klinicysty.

Wykładowcy anglojęzyczni używają określenia *take home message*, na określenie tego, co chcieliby, aby po wykładzie zostało przede wszystkim zapamiętane przez słuchacza. Po przeczytaniu artykułu *Analiza opłacalności inhibitorów TNF- α w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów w warunkach polskich* uważam, że *take home message* to mocne dowody na opłacalność leczenia biologicznego, ale aby takimi się stały w świadomości Czytelnika, potrzebne jest wytłumaczenie interpretacji metodyki i wyników.

prof. dr hab. med. Eugeniusz J. Kucharz