



DWIEŚCIE PRZESZACOWANYCH

PROCEDUR NA MUSZCE

Rozmowa z Krzysztofem Łądą, wiceministrem zdrowia

Fot. PAP/Łeszek Szymanski

Ma pan plan, jak zapobiec wywożeniu leków z Polski i jak sprawić, by były one dostępne dla polskich pacjentów. Tym planem jest podwyżka cen i mechanizm dzielenia ryzyka. Jak można podwyższyć ceny, jednocześnie zwiększając dostępność? Czy to nie paradoks?

To nie jest paradoks. Podam przykład z innego rynku: praktyka jest taka, że warte kilkaset złotych telefony komórkowe kupujemy za symboliczną złotówkę. Podobnie ma działać mechanizm dzielenia ryzyka refundacyjnego między ministerstwem a firmą farmaceutyczną. W sytuacji, gdy resort zdecyduje się na zakup po pełnej cenie 100 tys. dawek leku, a rzeczywiste zapotrzebowanie na ten lek wyniesie 300 tys. dawek, brakujące 200 tys. producent dostarczy na własny koszt. To praktyka stosowana w wielu krajach. Z korzyścią dla rządów, pacjentów, a także firm farmaceutycznych.

Jaka w tym korzyść dla Polski?

Choćby taka, że z naszego kraju przestaną być wywożone leki. Dziś jest tak, że wynegocjowane niskie ceny nominalne zakupu zachęcają zagraniczne sieci apteczne do robienia zakupów w Polsce. W efekcie polscy pacjenci nie mają korzyści z niskich cen nominalnych, bo leki znikają z naszego kraju. Nie chodzi mi o to, bym się mógł pochwalić, że mamy niskie ceny zakupu. Tak jest, ceny nominalne są rzeczywiście niskie. Ale to nie zawsze obraca się na dobre dla naszych pacjentów. A ja chcę zapewnić pacjentom dostępność leków.

Co na to firmy farmaceutyczne?

Mamy pierwsze dobre sygnały. I pochodzą one z centrali światowych koncernów farmaceutycznych, nie ich polskich filii.

Dlaczego?

Może centrale są bardziej zainteresowane sprzedażą na kilku rynkach i nie jest dla nich opłacalne psucie tych zamożniejszych poprzez eksport z mniej zamożnych. Naszym celem jest zawarcie odpowiednich porozumień w wypadku dwudziestu, trzydziestu leków, które są kluczowe dla naszego systemu. Wierzę, że to się uda.

A jeśli się nie uda?

Mamy plan B. Ale szczegółów nie mogę jeszcze zdradzić.

Zapowiada pan także promowanie polskich producentów.

Nie chodzi o polskich producentów, tylko o promocję produkcji w Polsce – zgodnie z możliwościami, jakie dają kryteria cenowe w ustawie refundacyjnej. Jest faktem, że długoletnie i fanatyczne negocjowanie obniżek

W MOJEJ OPINII NAJWAŻNIEJSZĄ

I OCZYWISTĄ KWESTIĄ JEST WERYFIKACJA

KOSZYKA ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH.

W KOSZYKU ZNAJDUJĄ SIĘ ZARÓWNO

PROCEDURY, ZA KTÓRE PŁACIMY

ZA DUŻO, JAK I NIEDOSZACOWANE

cen leków spowodowało problemy finansowe niektórych krajowych producentów. Teraz musimy dokonać weryfikacji tych cen. Podobnie dzieje się w innych krajach. To co możemy zrobić od zaraz, to zmienić styl pracy Komisji Ekonomicznej i zrezygnować z przepisu, że leki można zapisywać tylko zgodnie ze wskazaniami Charakterystyki Produktów Leczniczych. Chcemy, by leki generyczne były stosowane w całym spektrum wskazań.

Kolejny problem: taryfikacja. Jak ją przeprowadzić skutecznie?

Trzeba odstąpić od metodyki do tej pory obowiązującej w AOTMiT, a właściwie poszerzyć ją o analizę podaży i popytu oraz zbieranie danych o cenach w innych krajach. Trzeba też wybrać priorytetowe świadczenia, których wycena musi się zmienić w pierwszej kolejności. To już się dzieje.

Przez ostatnie lata monitorował pan kolejki ustawiane przez NFZ do lekarzy specjalistów. Co zrobić, by były krótsze?

Mam nadzieję, że już pod koniec roku kolejki będą krótsze. Ale to skomplikowany proces, wymagający m.in. wprowadzenia zmian, o których mówiłem wcześniej. W mojej opinii najważniejszą i oczywistą kwestią jest weryfikacja koszyka świadczeń gwarantowanych. W koszyku znajdują się zarówno procedury, za które płacimy za dużo, jak i takie, których taryfa jest niedoszacowana. To trzeba zmienić. Ministerstwo Zdrowia określiło już ponad 200 świadczeń, których wycena jest z dużym prawdopodobieństwem zawyżona – dotyczy to na przykład kardiologii inwazyjnej czy radioterapii. Wyceny mają natomiast zostać podwyższone w psychiatrii i opiece długoterminowej. Podobnie ma być w wypadku endoplastyki stawu biodrowego – jednak pod warunkiem, że zostanie ona połączona z rehabilitacją. Planujemy bardziej kompleksowe podejście do leczenia i dotyczy to także kardiologii. Nie chodzi tylko o leczenie zawału, ale także o rehabilitację pacjenta po jego przebyciu. Można odnieść wrażenie, że mamy epidemię zawałów, bo świadczenia wyceniane są wyso-



**SAMA OPERACJA, CHOĆBY PRZEPROWADZONA
PO MISTRZOWSKU I W NAJLEPSZYCH
WARUNKACH, NIE WYLECZY PACJENTA
PO ZAWALE. POTRZEBNA JEST
WSPÓŁPRACA, KOORDYNACJA
I KOMPLEKSOWOŚĆ OPIEKI**

ko, ale równocześnie kiepskie wyniki odległe leczenia pozawałowego, bo jest problem z dostępnością rehabilitacji. I to trzeba zmienić.

Trzeba się liczyć z protestami tych świadczeniodawców, których wyceny zostaną obniżone.

Tak, zapewne trzeba się z tym liczyć, ale przede wszystkim trzeba się kierować dobrem pacjentów. A szansę powrotu do zdrowia daje im tylko kompleksowe leczenie. Sama operacja, choćby przeprowadzona po mistrzowsku i w najlepszych warunkach, nie wyleczy pacjenta po zawale. Potrzebna jest współpraca, koordynacja i kompleksowość opieki. Chciałbym się przy tym opowiedzieć po stronie zdrowego rozsądku. Poprzedni rząd zwiększył nakłady na ochronę zdrowia, ale było to dolewanie wody do dziurawego koszyka. Kolejki rosły, niezadowolenie pacjentów także. Musimy na to odpowiedzieć bardziej sensownymi posunięciami i uszczelnieniem koszyka świadczeń gwarantowanych.

Wracając do koszyka. W jaki sposób chce pan go weryfikować?

Zasadniczo jest tak, że dłuższe kolejki są tam, gdzie wartość świadczeń jest niedoszacowana lub nałożono niezrozumiałe limity na dobrze wycenione świadczenia. Nad tym już pracujemy.

Zawsze przy weryfikacji kosztów świadczeń pojawiały się problemy ze szpitalami, które zwyczajnie nie chciały ich ujawniać.

Chcemy wprowadzić ustawy o obowiązek ujawniania kosztów przez placówki posiadające kontrakty z NFZ. Nie może być tak, że wydajemy publiczne pieniądze, nie mając danych, ile rzeczywiście kosztuje wykonanie danego świadczenia.

Wszystkie te zmiany są interesujące, niektóre długo wyczekiwane. Kiedy możemy się spodziewać realizacji zapowiedzi?

Każda z tych ważnych zmian wymaga prac koncepcyjnych, potem legislacyjnych, a potem konsultacji społecznych. Trudno z góry przewidzieć, jak długo potrwa ten proces, szczególnie że zależy nam na poprawie jakości komunikacji ze wszystkimi uczestnikami systemu. Konsultacje muszą być porządne, a nie pobieżne. Ale na pewno nie będziemy zwlekać. Większość prac nad nowymi przepisami już rozpoczęliśmy. Projekt ustawy o ratunkowym dostępie do technologii medycznych zostanie przekazany do konsultacji społecznych jeszcze w lutym.

Rozmawiali Marta Kobańska i Bartłomiej Leśniewski