



**PATRZĘ NA SYSTEM CAŁOŚCIOWO,
BO MUSZĘ**

Rozmowa z Marcinem Czechem, wiceministrem zdrowia, na temat „Polityki lekowej państwa”, tego, kto tworzy ten dokument, wpływu partii na działania wiceministra i... zrozumienia dla przyszłych niezadowolonych z projektu.

Fot. Archiwum

Podczas naszej rozmowy w trakcie Forum Ekonomicznego w Krynicy powiedział pan, że we wrześniu zaczną się prace nad dokumentem „Polityka lekowa państwa”. Na jakim etapie są te prace?

Ułynęły prawie dwa miesiące. Przez ten czas udało nam się spotkać w gronie ekspertów trzy razy. Pracujemy w małej grupie pięciu osób, które reprezentują podmioty strony rządowej.

Kogo konkretnie one reprezentują?

To mądrzy ludzie, którzy mają wieloletnie doświadczenie: reprezentanci Ministerstwa Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Narodowego Funduszu Zdrowia, uczelni i przemysłu. Zespół nie jest liczny – taki był mój zamiar. Dzięki temu jest bardzo operacyjny i w optymalny sposób możemy się zastanowić nad *predraftem* „Polityki lekowej”. Kiedy *predraft* powstanie, będę chciał zaangażować dużo więcej uczestników rynku. Do tego czasu potrzebuję zarysu spraw, wokół których się poruszamy. Chciałbym podkreślić, że „Polityka lekowa” to dokument strategiczny.

Zanim zapytam, o czym państwo rozmawiali, chciałbym poznać nazwiska ekspertów.

Nie chciałbym ich podawać na tym etapie. Powiem tylko, że to grupa ekspertów-społeczników.

A co z konsultantami krajowymi? Którzy powinni uczestniczyć w tworzeniu dokumentu?

Zaproszę tych, którzy nie reprezentują wąskich dziedzin. Zależy mi na osobach, które patrzą na system szerzej. Prawdopodobnie będzie to konsultant w dziedzinie farmakologii klinicznej, epidemiologii i zdrowia publicznego.

Zaprosi pan konsultantów, którzy nie zajmują się konkretnymi dziedzinami, żeby uniknąć faworyzowania? Powiedzmy sobie wprost: jeśli zaprosiłby pan konsultanta w dziedzinie onkologii, kardiologii czy reumatologii, to „Polityka lekowa” stałaby się dokumentem pisanym pod konkretną dziedzinę.

Tak, to naturalne i zrozumiałe. Z pacjentami jest podobnie. Boję się, że jeśli sięgniemy po opinię organizacji pacjenckiej, która zajmuje się chorobami nowotworowymi, to priorytetem staną się nowotwory, a jeśli zwrócimy się do organizacji, która zajmuje się chorobami reumatoidalnymi, to priorytetem będą RZS i inne choroby reumatyczne. Chcemy tego uniknąć.

Ile jeszcze potrwać takie spotkania w kilkusobowych zespołach?

Myszę, że minimum do końca roku. Ale podkreślam, że będziemy się spotykać tyle razy, ile będzie trzeba,

CHCIAŁBYM UNIKNĄĆ POSPOLITEGO

RUSZENIA I ZAPRASZANIA WSZYSTKICH

DO GRUPY TWORZĄCEJ DOKUMENT

aby powstał wstępny dokument, z którym możemy wyjść do szerszej grupy interesariuszy.

Potem projekt dokumentu będzie opracowywany w szerszym gronie?

Tak. Później będę włączał innych interesariuszy. Oczywiście nie indywidualnie, tylko zrzeszonych w pewnych organizacjach. Właśnie z tymi organizacjami będę chciał rozmawiać. To jest dłuższy proces, ale być może doprowadzi do konsensusu. Możliwe też, że będziemy pracowali w trochę większych grupach. Chciałbym uniknąć pospolitego ruszenia i zapraszania wszystkich. W takiej sytuacji powstają konflikty, każdy mówi, czego by chciał, i wszyscy wychodzą niezadowoleni. Ja otwarcie komunikowałem i komunikuję, że nie będzie tak, że wszystkie grupy będą zadowolone ze wszystkiego, bo to niemożliwe. Musimy przyjąć jakieś priorytety, możemy o nich porozmawiać. W następnym etapie zaprosimy innych uczestników systemu, których wstępną listę mamy już przygotowaną. To będą kluczowi partnerzy. Wziąłem na swoje barki jako minister zdrowia główną rolę w procesie tworzenia tej polityki. Zidentyfikowaliśmy wszystkie zainteresowane strony, przynajmniej tak nam się wydaje.

Wróćmy do tego, co będzie w dokumencie. Kiedy powstanie „Polityka lekowa”?

Kiedy? To trudne pytanie. Gdyby zadał mi je pan w styczniu, to odpowiedziałbym, że w 2017 r. Teraz odpowiem, że prawdopodobnie w 2018 r. W grupach dyskutowaliśmy, jakie powinny być ramy czasowe tego dokumentu i kiedy powinien powstać. Stwierdziliśmy, że ramy czasowe to lata 2018–2022. Chciałbym, żeby był on na przykład co roku albo co dwa lata uaktualniany. Moim marzeniem byłoby – zakładając, że odniosę sukces i że tę politykę umieszczę w systemie, aby mój następcą w 2020 r. ją uaktualnił. Mam plan minimum i plan maksimum. Plan minimum jest taki, żeby był to dokument, który będzie dostępny na stronie Ministerstwa Zdrowia, stworzony przez resort, ale ustalony w szerszym konsensusie, ze wszystkimi stronami. Plan maksimum jest taki, żeby to był dokument rządowy. Tak zakłada też metodologia tworzenia takich dokumentów: żeby to był załącznik do obwieszczenia rady ministrów. To będzie oczywiście dużo trudniejsze

PRZEJRZAŁEM KILKA PROPOZYCJI

METODOLOGICZNYCH RÓŻNYCH

ORGANIZACJI I POSTANOWIŁEM

SKORZYSTAĆ Z DOKUMENTU WHO,

OCZYWIŚCIE Z PEWNYMI MODYFIKACJAMI

i dużo bardziej czasochłonne, ale nie sposób napisać „Polityki lekowej”, która nie przekracza ram Ministerstwa Zdrowia. Byłaby ona ułomna.

Przyjąłem określoną metodykę, bo prawie od 20 lat jestem związany ze środowiskiem akademickim, nie umiem pracować w próżni czy na podstawie politycznych postulatów. Nie znaczy to, że dokument nie będzie w jakiś sposób wpisany w sytuację polityczną, bo to niemożliwe. Przejrzałem kilka propozycji metodologicznych różnych organizacji i postanowiłem skorzystać z dokumentu Światowej Organizacji Zdrowia, oczywiście z pewnymi modyfikacjami. Będziemy postępować kolejno zgodnie z propozycją ośmiu kroków WHO, bo najwięcej krajów na świecie ma największe doświadczenie w tworzeniu dokumentów właśnie w ten sposób. „Polityka lekowa” to dokument strategiczny, który określa cel, zakres i kierunki działań,

który formułuje priorytety średnio- i długoterminowe. Te długoterminowe cele są wyznaczone przez rząd uczestnikom rynku farmaceutycznego, ale też przez nich samych. Chciałbym, żeby to było oficjalne stanowisko rządu – formalny zapis aspiracji, celów, decyzji i zobowiązań.

A konkrety?

Wymieniam punkty wypisane w podsumowaniu prac grupy: system refundacji, bezpieczeństwo lekowe państwa, eksport i import, podatki, polityka cenowa wobec leków produkowanych lokalnie, zachęty inwestycyjne, metody stymulacji współpracy nauki i przemysłu, metody stymulacji konkurencji generycznej, rezerwy państwowe, produkcja lokalna, metody kontroli, leki krwiopochodne, stymulacja produkcji w Polsce itd. Zajęliśmy się też identyfikacją głównych problemów, bo wszystkich nie rozwiążemy. Chcemy je przeanalizować i zrozumieć. Wydaje mi się, że w naszej grupie roboczej będzie to możliwe. Ekspertki nie pochodzą tylko z Ministerstwa Zdrowia, są wśród nich przedstawiciele różnych dyscyplin i środowisk. Zadaniem grupy powinno być zbadanie sytuacji, zidentyfikowanie głównych problemów, przedstawienie zaleceń. Lista ekspertów nie jest jeszcze zamknięta, chodzi o znalezienie kompromisu między małą grupą, która może sprawnie

pracować, a wartością merytoryczną, którą wnoszą nowi członkowie. Kluczem do stworzenia tej listy jest analiza i zrozumienie. Dotyczy to wielu problemów, np. kwestii osób w podeszłym wieku, dzieci, szczepień ochronnych, czyli całej profilaktyki pierwotnej. Inne zagadnienia to programy polityki zdrowotnej, które dotyczą zdrowia publicznego, jeszcze inne to medycyna naprawcza. Musimy określić priorytety zgodne z epidemiologią. Planujemy wykorzystać dane z PZH i mapy zdrowotne, które są przygotowane w Ministerstwie Zdrowia, a także opracowania WHO dla Europy. Uwzględnimy również rozwój firm farmaceutycznych i obszary ich największej aktywności. Chcemy wiedzieć nie tylko, jakie są wyzwania epidemiologiczne, lecz także czym będziemy dysponować.

Ważnym problemem jest dostępność leków. W jaki sposób grupa ekspertów podchodzi do tego zagadnienia?

Dostępność można rozpatrywać na różnych poziomach. Z jednej strony jest to obecność na rynku, czyli rejestracja, ale także sprawa braków i wywozu leków. Z drugiej strony – kwestia zabezpieczenia w sytuacjach krytycznych, np. podczas epidemii bądź klęsk żywiołowych albo zagrożeń bioterrorystycznych. Kolejną sprawą jest efektywne zabezpieczenie dostaw również bardzo specyficznych leków, takich jak radiofarmaceutyki, leki krwiopochodne czy czynniki krzepnięcia. Można jeszcze wymienić dostępność na poziomie rejestracyjnym: sprawność urzędów, opłaty, procedury i kontrola. Istnieje też dostępność refundacyjna, czyli to, na co nas stać. Czy powinniśmy pozostać przy obecnym systemie, czy może pójść w kierunku zabezpieczenia społecznego? Trochę to już robimy. Jeżeli wprowadzamy programy lekowe, np. w onkologii, to zupełnie zdejmujemy z pacjentów obciążenie finansowe. Jeżeli rozszerzymy listę leków 75+, to zdejmujemy obciążenie finansowe z seniorów. To jest czysta polityka lekowa. Musimy się zastanowić nad funkcją poszczególnych instytucji w procesie refundacji, nad metodami oceny, nad rolą procesu HTA. Ważne są też kryteria refundacji. Czy powinniśmy mieć próg opłacalności? Na jakim poziomie? Czy powinniśmy od niego odejść w przypadku chorób rzadkich i ultraradkich? W obszarze monitorowania problemem jest ocena skuteczności i efektywności leczenia oraz wykorzystanie danych, które są w systemie. Zastanawialiśmy się też nad innowacyjnością w programach lekowych i nad generykami. Musimy szanować genetyki, bo one dają nam możliwość racjonalizacji farmakoterapii. I tutaj dochodzimy do punktu, w którym wykraczamy poza Ministerstwo Zdrowia. Pukamy grzecznie do Ministerstwa Rozwoju i mówimy: generyki to jest polski przemysł farmaceutyczny. Powinniśmy budować jego innowacyjność, ale szanując zasady obowiązujące w Unii Europejskiej.

JĘŚLI CHODZI O NASZE

PARTYJNE MARZENIA O WIELKOŚCI POLSKI,

JA TEŻ CHCIAŁBYM, ŻEBYŚMY BYLI

SILNYM KRAJEM I WYJĄTKOWYM NARODEM

Czy mamy wspierać głównie polskich producentów czy wszystkich inwestujących w Polsce?

A jakie jest pana zdanie?

Pytanie brzmi, czy powinniśmy stosować mocny protekcjonizm na rynku krajowym. Myślę, że jesteśmy na to za słabi. Pan mnie teraz pyta o politykę przemysłową, więc obok mnie powinna siedzieć pani wiceminister rozwoju. Pyta mnie pan również o politykę w ogóle. Myślę, że powinniśmy postępować zgodnie z regulami Unii Europejskiej i tworzyć takie regulacje i takie uwarunkowania, żeby biznes międzynarodowy i biznes polski były w stanie konkurować na równych prawach. Uważam, że powinniśmy stworzyć ulgi dla innowacyjności i przyciągać innowacyjne rozwiązania na różnych poziomach: na poziomie centrów badawczych, badań klinicznych, badań przedklinicznych, badań czwartej fazy itd. Powinniśmy też absolutnie popierać szybki rozwój leków biopodobnych, by zapewnić dodatkowe opcje terapeutyczne oraz promować szybkie wchodzenie generyków na listę refundacyjną. W ten sposób można szybko uzyskać oszczędności z systemu. W przypadkach, w których jest to konieczne, musimy wykorzystywać import równoległy. To tworzy przestrzeń dla refundacji nowych molekuł.

Nie boi się pan, że to wbrew woli partii? Były głosy, żeby skoncentrować się na polskim rynku.

Polski rynek bardzo na tym skorzysta. Ja absolutnie nie chcę pomijać interesu narodowego. Reguły trzeba tworzyć w taki sposób, aby np. nagradzać inwestycje w Polsce. Największe inwestycje zlokalizowane w Polsce należą automatycznie do polskich graczy – polskich producentów generyków. Jeśli pan zapyta, ile podatków zostawiają w kraju różne firmy, ile zatrudniają pracowników, ile wypracowują polskiego PKB, to Ministerstwo Rozwoju w zasadzie już nad tym pracuje. Nasz przemysł w wielu miejscach jest zreformowany, silny, kierują nim menedżerowie z dobrym wykształceniem i międzynarodowym doświadczeniem – bez problemu może rywalizować na arenie międzynarodowej. Jeśli chodzi o nasze partyjne marzenia o wielkości Polski, ja też chciałbym, żebyśmy byli silnym krajem i wyjątkowym narodem. Jednak odkrycie innowacyjnego

LISTA REFUNDACYJNA BIEDNEGO KRAJU

AFRYKAŃSKIEGO SKŁADA SIĘ Z KILKU LEKÓW.

JESTEŚMY NA TO O WIELE ZA BOGACI,

ALE TEŻ O WIELE ZA BIEDNI, ABY

ZAPEWNIĆ TAKI DOSTĘP JAK NA ZACHODZIE

leku wymaga minimum miliarda dolarów, ja tego miliarda nie widzę. Mogę natomiast stworzyć takie warunki, żeby polscy naukowcy, polskie centra, polscy lekarze, polskie szpitale i polscy pacjenci mieli w tym odkryciu swój znaczny i w pełni zasłużony udział.

Farmakoekonomista to osoba, która teoretycznie godzi funkcje lekarza i urzędnika. Która z nich jest panu bliższa?

Trudne pytanie. Odpowiem wymijająco. Farmakoekonomika to dziedzina, która bierze pod uwagę efekty zastosowania jakiejś terapii, najczęściej farmakoterapii, i koszty, a następnie za pomocą różnych wskaźników i analiz stara się określić jej opłacalność. Tak powstaje informacja dla decydenta, aby on mógł podejmować decyzje na podstawie zdefiniowanych kryteriów i reguł. Ale to nie zastępuje decyzji. Pytanie powinno więc być zupełnie inne: czy ja jestem bardziej... a może czy powinno się być bardziej urzędnikiem czy lekarzem. Jest jeszcze jedno rozróżnienie: czy patrzy się całościowo na system czy indywidualnie na pacjenta. Teraz jestem wiceministrem zdrowia i patrzę oczywiście całościowo, bo nie wolno mi inaczej. Taka jest moja rola. Jeśli próg opłacalności jest przekroczony 33 razy, to ja jako wiceminister muszę powiedzieć producentowi „nie”. Jeśli jednak przesiądę się na krzesło lekarza i będę miał indywidualnych pacjentów, umierające dzieci, to ja oczywiście powiem: „nie obchodzą mnie żadne kalkulacje, trzeba ratować te dzieci, żeby one żyły, żeby mogły funkcjonować”. To jest inny punkt widzenia.

Rozumie pan zatem tych, którzy później będą protestować?

Mam wrażenie, że ich doskonale rozumiem. Przychodzą do mnie, do Ministerstwa Zdrowia, przedstawiciele organizacji pacjenckich, chorzy, rodzice dzieci chorych na choroby rzadkie i ultraradkie, kontaktują się ze mną lekarze, którzy mówią, że chcą pomóc pacjentom, ale my nie chcemy zapłacić. Ja takich spotkań mam tygodniowo kilka lub kilkanaście. Aby spełnić wszystkie te prośby, musiałbym mieć trzy albo cztery razy większy budżet. Muszę przyjąć jakieś kryterium, chociaż chciałbym sfinansować wszystko i uważam, że to jest absolutnie uzasadnione. Nie płacimy za terapie, które

nie działają. Ale wśród rzeczy najpotrzebniejszych stać nas tylko na supernajpotrzebniejsze. To naprawdę duże obciążenie psychiczne, bo nie sposób wyjść z pracy, pójść do domu i o tym nie myśleć. Trudno jest podejmować takie decyzje, które są decyzjami urzędniczymi, bo opierają się na prognozie opłacalności. Argument jest taki, że ten próg stosujemy po to, żeby uratować nie 5 osób, ale 5000. Tak wyglądają te decyzje, ale to nie farmakoekonomiści za to odpowiadają.

Ja jestem lekarzem niepraktykującym, ale z prawem wykonywania zawodu, mam dwie specjalizacje medyczne. Czuję się lekarzem. Jestem epidemiologiem i specjalistą zdrowia publicznego. Jestem również laryngologiem, praktykowałem jako lekarz z pacjentami. Mam bardzo silne lekarskie spojrzenie na te sprawy. Nie wiem, czy nie byłoby lepiej, gdyby na moim miejscu siedział np. farmaceuta, który jest trochę dalej od pacjentów, albo nawet zimny ekonomista, który policzylby pieniądze i powiedział: „to sfinansujemy, a tego nie”. Oczywiście lekarzowi jest dużo łatwiej rozmawiać z organizacjami, pacjentami, konsultantami i innymi lekarzami. Mam lekarskie „skrzywienie”, ale jestem zmuszony patrzeć jak urzędnik. Nie mogę pomóc wszystkim, bo przekroczyć budżet. Rolą Ministerstwa Zdrowia jest zapewnienie świadczeń obywatelom przy bardzo ograniczonych środkach. Stąd nasze starania, żeby w systemie ochrony zdrowia było więcej pieniędzy. Minister Konstanty Radziwiłł jest pierwszym ministrem, któremu udało się osiągnąć jakiś konkretny rezultat w tej sprawie. Zwiększenie nakładów jest absolutnie konieczne. Potrzebujemy więcej pieniędzy również na farmakoterapię. Nie możemy porównywać się z systemem holenderskim albo niemieckim. Oni przeznaczają nominalnie i procentowo dużo więcej na zdrowie. My tylko 4,7% ze źródeł publicznych. To zresztą rekord, a tak naprawdę w ostatnich latach było to między 3,7% a 4,2–4,3%. Nawet jeśli doliczymy wydatki prywatne, to uzyskamy jakieś 5,5% może 6%, a według superoptymistycznych szacunków 7%. Przy tak niskim PKB i oczekiwaniach absolutnie europejskim systemem sobie nie poradzi. Mamy w Polsce dylemat, bo nie jesteśmy aż tak biedni jak kraje afrykańskie, które stać tylko na dwa antybiotyki. Lista refundacyjna biednego kraju afrykańskiego składa się z kilku leków. Jesteśmy na to o wiele za bogaci, ale też o wiele za biedni, aby zapewnić taki dostęp jak w Europie Zachodniej. Amerykanie zastanawiają się, jak kupować generyki z Kanady, bo nie stać ich na płacenie za farmakoterapię – w kraju, który przeznaczają w tej chwili ponad 50 tys. dolarów na obywatela i 18% PKB na ochronę zdrowia. Jeśli ich nie stać na leki, to jak nas ma być stać? Smutne, ale prawdziwe. A przecież innowacji będzie coraz więcej, a co za tym idzie – dobrych leków i wyrobów medycznych będzie przybywało.

Rozmawiał Krystian Lurka