



Jeśli już na początku działalności AOTM pojawia się tyle błędów, można sobie wyobrazić, jaka będzie jej przyszłość

Słabiutka agencja

Iwona Konarska

Agencja Oceny Technologii Medycznych miała uregulować polski rynek zdrowotny. Stała się jednak instytucją petryfikującą bałagan i korupcję. Zdaniem ekspertów to fasadowy organ. Będą nim rządzić politycy, lekarze i urzędnicy NFZ, czyli ludzie dysponujący w danym momencie większą siłą nacisku.

Gdy powstawała Agencja Oceny Technologii Medycznych, ojcowie założyciele deklaruwali, że ukróci ona marnotrawstwo w służbie zdrowia i pozwoli zaoszczędzić nawet 5 mld zł rocznie. Niestety, zamiast niezależnego grona ekspertów, z jakiego składa się np. amerykańska FDA (*Food and Drug Administration*), jest to tylko ciało opiniotwórcze, doradca całkowicie uzależniony od ministra zdrowia.

Zabawa w głuchy telefon

Źródłem słabości należy upatrywać już w sposobie powołania Agencji. W połowie 2005 r. Marek Balicki wydał po prostu odpowiednie zarządzenie, mimo że w założeniu AOTM miała mieć umocowanie ustawowe. Z tego powodu jej profesjonalizm i bezstronność ocenia tylko minister – parlament nie ma nad nią kontroli. Dziś szef resortu zdrowia w ogóle nie interesuje się Agencją, bo na stronie internetowej ministerstwa podaje jej głuchy telefon i stary adres. Pierwszą siedzibą AOTM, która miała oceniać

sposób wydawania ponad 30 mld zł, była klatka, co jak przyznaje jej szef, dr Waldemar Wierzba, uniemożliwiało jakkolwiek pracę.

Dzisiaj siedziba już nie jest źródłem problemów, pora zatem sporządzić bilans rocznej działalności. Złośliwi twierdzą, że dużą zaletą kadłubkowej Agencji jest wyjątkowo niski czynsz (8 tys. zł) za 800 m² powierzchni. Drugim osiągnięciem jest to, że AOTM nie popełniła jeszcze żadnych błędów, bo działa bardzo wolno i niewiele decyzji podjęła. – *Poza tym lepsza jest budżetowa agencja niż żadna* – mówi dr Christoph Sowada z Instytutu Zdrowia Publicznego UJ.

Do pochwał dołącza się również Krzysztof Łanda: *Wybrano dobry, pośredni model funkcjonowania agencji. Oznacza to m.in., że raporty sporządzać będą zarówno jej pracownicy, jak i firmy zewnętrzne.*

Dobrego imienia AOTM bezwzględnie chce strzec powołany na 5 lat jej szef, Waldemar Wierzba, były dyrektor warszawskiego Szpitala Czerniakowskiego. Ale oprócz podanych przykładów (czynsz i brak błędów) nic więcej dobrego o Agencji nie można powiedzieć.

Jaka władza, taki budżet

Skromny budynek na warszawskim Służewcu jest ulokowany za potężną apteką. To położenie siedziby AOTM można interpretować metaforycznie. Podobna jest sytuacja jej pracowników. Nie dość, że nie dano im prawnej samodzielności, to jeszcze wyposażono ich w marne fundusze, co sprawia, że mogą być podatni na naciski firm farmaceutycznych i korupcję. Budżet Agencji wynosi niewiele ponad 2 mln zł, czyli ok. 500 tys. euro. Podobne instytucje w innych krajach europejskich mają różne budżety, ale nigdy tak śmiesznie niskie francuska dysponuje rocznie 60 mln euro, a brytyjska 20 mln euro. – *Ekspertów trzeba tak*

wynagrodzić, by nie ulegali naciskom firm i producentów. Wiadomo, że korupcja w służbie zdrowia jest pochodną niskich płac, nie inaczej może być w AOTM – mówi dr Christoph Sowada.

Tymczasem gdy pracownik zarobi niecałe 4 tys. brutto, możliwa jest tylko negatywna selekcja. Można zatem prognozować, że słabiotka Agencja będzie szarpana nie tylko przez potężne koncerny. Poczuje również presję NFZ, który będzie sugerował, by rekomendować najtańsze leki i procedury. Na drugim biegunie znajdą się szczerzy (szczególnie przed wyborami) politycy, obiecujący refundację kosztownych terapii, a pozytywną opinię na ten temat będzie musiała wydać AOTM.

” Pierwszą siedzibą Agencji, która miała oceniać sposób wydawania ponad 30 mld zł, była klatka, co jak przyznaje jej szef – dr Waldemar Wierzbą, uniemożliwiło jakiegokolwiek prace ”



Miała być potężna, samodzielna instytucja, a jest skromna agencja, zależna od ministra zdrowia. Nie jest pan rozczarowany?

Na świecie jest bardzo różnie – są agencje w 100 proc. niezależne, a nawet prywatne, ale są i agencje rządowe jak u nas. Niektóre jedynie opiniują raporty tych, którzy starają się, by ich procedury weszły do systemu refundacyjnego, inne same przeprowadzają analizy przydatności. Uważam, że nasze rozwiązanie nie jest złe. Problemem są jedynie niskie zarobki. Jesteśmy jednostką budżetową

Lepsza taka niż żadna?

Rozmowa z dr. n. med. Waldemarem Wierzbą, dyrektorem Agencji Oceny Technologii Medycznych

ministra zdrowia i obowiązuje nas ich siatka płac. Pensje mamy niewysokie, za to spore są wymagania. Obawiam się, że ci fantastyczni, wykształceni ludzie za chwilę oędą lub zostaną podkupieni. I trudno będzie się im dziwić. Ale w najbliższym czasie zaproponujemy rozwiązania pozwalające na podwyższenie wynagrodzeń.

Najważniejszym zadaniem AOTM ma być stworzenie po 15 latach przepychanek koszyka usług, czyli ustalenie, co się należy obywatelowi w ramach ubezpieczenia. Tymczasem w wypowiedziach publicznych odcina się pan od tego zadania.

Nie odcinam się, ale my tylko czujemy organizacyjnie, bo stworzyć koszyk mogą najlepsi specjaliści. Konsultanci krajowi powołali już kilkadziesiąt zespołów merytorycznych, którymi kierują. AOTM nie ma na to żadnego wpływu. Na razie opisujemy wszystkie procedury medyczne. Każda pozycja musi mieć udowodnioną skuteczność kliniczną, tymczasem już w tej chwili profesorowie sygnalizują, że są procedury, które nie powinny być stosowane, bo mają udowodnioną szkodliwość. I te oczywiście wyrzuca-

„ Gdy pracownik zarabia niecałe 4 tys. brutto, możliwa jest tylko negatywna selekcja. Można zatem prognozować, że słabotka Agencja będzie szarpana nie tylko przez potężne finansowo koncerny. Poczujcie też presję NFZ „



Hamulcowi lekarze

Hamulcowymi Agencji będzie również grupa lekarzy, m.in. z tzw. lobby profesorsko-ordynatorskiego, która nie chce niczego zmieniać w swoim sposobie leczenia. Przyzwyczajenie, rutyna i nieznamość najnowszych procedur medycznych powodują, że spora część lekarzy nie chce żadnego koszyka świadczeń gwarantowa-

nych. Im mniej pacjent wie na ten temat tego, co mu się należy, tym prościej jest mu narzucić swój sposób terapii. Poza tym, gdy nie ma koszyka, zawsze łatwiej jest wymóc łapówkę.

W oku cyklonu znajdzie się także Agencja, gdy konsultanci zaczną sporządzać ostateczne listy procedur, które – ich zdaniem – powinny się znaleźć w koszyku. Walkę stoczą specjaliści różnych dziedzin, a będzie ona bezwzględna.

my. Nie tworzymy więc jeszcze koszyka negatywnego, lecz usuwamy z zalecanych procedur niektóre sposoby leczenia. Nie będzie rewolucji, raczej uporządkowanie systemu.

A jakie techniki, poza rękoma które leczą, będą bezwzględnie zakazane?

Przykładem mogą być pewne zabiegi stosowane podczas porodu, np. ucisk na brzuch. Niedawno pewien le-

w renomowanych klinikach. Wtedy jest większa pewność precyzji zabiegu, chora nie wraca do poprawki. Mamy co robić.

Na zlecenie ministra zdrowia przygotowaliście raport poświęcony pozytonowej emisyjnej tomografii (PET). Czy miał on wpływ na planowaną liczbę zakupów?

„ Agencje udowadniają swoją przydatność w 35 krajach. Ich praca oznacza wieloprocentowe oszczędności. Dzięki nim pewne procedury wycofuje się z rynku, a inne wprowadza „

karz upierał się publicznie, że jest to akceptowana technika. Sądzę, że takich procedur zidentyfikujemy wiele i jasno powiemy: to nie pomaga, a nawet szkodzi. Z danych światowych wynika, że udowodnioną skuteczność kliniczną ma ok. 70 proc. procedur i te są bezpieczne. A pozostałe? Na razie identyfikujemy wszystkie technologie o udowodnionej skuteczności. Później poddamy je wycenieniu. W pierwszym kwartale przyszłego roku powstanie lista świadczeń, potem rozpoczną się prace w parlamencie. Pracujemy także nad koszykiem w podstawowej opiece medycznej. Wbrew pozorom nie jest to łatwe. Uporządkować też trzeba np. operacje onkologiczne w ginekologii. Onkolodzy ginekolodzy ostrzegają, że zabiegi powinny być przeprowadzane tylko

Rzeczywiście, po przeczytaniu naszego materiału minister zdrowia nieco zmienił zdanie na temat stosowania tej technologii. W Polsce mamy dziś dwa takie aparaty. Na pewno jest to za mało, ale raport nie odpowiada na pytanie, ile ich powinno być. Teraz powstaje raport na temat najnowszej metody leczenia stwardnienia rozsianego. Zwróciliśmy się o pomoc do Brytyjczyków, którzy przeanalizowali już korzyści płynące z tej metody, czekamy też na dane z NFZ. Jeżeli opinia będzie jednoznaczna, że daje ona pozytywny efekt kliniczny i finansowy, to wydaje mi się, że na 100 proc. minister z niej skorzysta.

Ale nie musi.

Negatywna selekcja

Zadziwiający jest spokój pracowników AOTM, bo przecież czeka ich monstrualna praca. Eksperti (m.in. Krzysztof Łanda) radzili, by zaniechać tworzenia *pozytywnego koszyka*, bo np. w Holandii znalazło się w nim aż 108 tys. świadczeń (ponadstandardowych tylko 2 tys.). Problemem jest to, że na wykonanie tego zadania przeznaczono rok (a dopiero po jego zakończeniu można wprowadzić dodatkowe ubezpieczenia). W takiej sytuacji należałoby przyjąć uproszczone zasady tworzenia koszyka negatywnego, czyli procedur, które w nim się nie znajdują. Zwyciężyła jednak opcja buchalteryjnego spisywania każdego świadczenia. Mimo to Waldemar Wierzba tłumaczy, że AOTM z zadania się wywiąże, bo będzie zlecać ekspertyzy na zewnątrz. Za ewentualne błędy i tak będzie jednak odpowiadać 40-osobowy

zespół Agencji. Tym jednak nikt się nie przejmuje, bo jeszcze nie zakończono rekrutacji pracowników. Nadal brakuje biotechnologów, farmaceutów i biologów.

Mimo tych problemów Krzysztof Łanda ze zdumieniem przeczytał zamieszczone na stronie internetowej AOTM zarządzenie, zgodnie z którym kontrakty z Agencją mogą zawierać tylko uczelnie. Jego zdaniem, każdy powinien mieć możliwość przystąpienia do przetargu, np. na wykonanie ekspertyzy, także firma prywatna. Zarządzenie uniemożliwiające udział w nich prywatnych podmiotów to efekt lobbingu pracowników naukowych. Jeśli już na początku działalności Agencji Oceny Technologii Medycznych pojawia się tyle błędów, można sobie wyobrazić, jaka będzie jej przyszłość – stanie się ona politycznym instrumentem do sterowania budżetem ochrony zdrowia. ■



foto: (48) Dziś

„ Jeżeli pojawią się wątpliwości, sporządzimy raport, który będzie podstawą dla ministra do podjęcia decyzji, czy dana procedura ma się znaleźć w koszyku ”

Oczywiście, że macie, bo analiza Agencji może doprowadzić do usunięcia leku z listy refundacyjnej, a więc pozbawić producenta zysku.

Nie, nie możemy wydać opinii, żeby jakimś lekiem nie leczyć. Prezentujemy tylko (i aż) pełną wiedzę naukową. Poza tym opracowaliśmy wytyczne dotyczące przeprowadzania analiz i każdy będzie widział, jaką metodą procedura lub lek są oceniane. Nie jest możliwe, by nagiąć metodę i np. wykazać, że jakiś farmaceutyk stał się nagle niegodny refundacji. Korzystamy też z wytycznych europejskich, jeżeli jakiś lek przestaje być stosowany, tak jak viox, to my transparentnie pokażemy, dlaczego, na jakie analizy można się powołać. Każdy nasz raport zostanie opublikowany i będzie można się do niego odnieść. To nie jest tak, że dla jednej firmy zastosuje się metodę, pozwalającą udowodnić, że jest gorsza od innej. Jeżeli firma uważa, że jej lek jest lepszy od innych, to minister zdrowia zleca nam sporządzenie raportu. Procedury są przejrzyste, dobrym przykładem jest raport o PET, który budził takie emocje, że skorzystaliśmy też z opinii niezależnych ekspertów zagranicznych.

Wiceminister Jarosław Pinkas powiedział, że analizy AOTM mogą pozwolić na oszczędności budżetu

Agencja nie ma żadnej władzy, nie może ministra do czegoś zmusić. Ale współpraca, choćby na przykładzie PET pokazuje, że minister po to powołał Agencję, żeby skorzystać z wyników jej pracy. Jestem pewny, że nasza praca będzie właściwie wykorzystana.

A konkretnie farmaceutyczne? Czy zabiegają o wasze względy? Może grożą?

Mamy z nimi bardzo dobre relacje. Nie obawiamy się firm farmaceutycznych, bo nie mamy żadnego wpływu na ich dochody.

Pół tysiąca raportów

*Ocena technologii medycznych (HTA; Health Technology Assessment) jest relatywnie młodą i obiecującą dziedziną wiedzy. Mimo to już w 35 krajach istnieją rządowe agencje HTA, stowarzyszone w międzynarodowych organizacjach, wymieniających informacje, współpracujących ze sobą i wydających specjalistyczne informatory, w których prezentowane są wyniki prac. INAHTA (The International Network of Agencies for Health Technology Assessment) zrzesza 42 agencje HTA, corocznie opracowujące 500 raportów. Przykładem jest istniejąca od 21 lat holenderska agencja, zajmująca się tworzeniem standardów; w Austrii bez pozytywnej oceny agencji nie ma mowy o refundacji leku, a w Anglii, dzięki pracom HTA wykryto, że 30 proc. procedur w położnictwie jest szkodliwych. O tym, jak działają agencje w innych państwach, można było przeczytać w *Menedżerze Zdrowia* (3/2006, Paweł Kawalec, *Jak to się robi w Europie* – artykuł w wersji elektronicznej jest dostępny na stronie www.menedzerzdrowia.pl).*

ochrony zdrowia wynoszące nawet 15 proc. Czy zgadza się pan z tą opinią?

Już w 35 krajach agencje udowadniają swoją przydatność, ich praca oznacza wieloprocentowe oszczędności. Dzięki nim pewne procedury wycofuje się z rynku, a inne wprowadza. W Polsce może być podobnie. Raz jeszcze wróć do naszego raportu o PET. Udowodnił on, że w wypadku niektórych jednostek chorobowych ten aparat jest o wiele korzystniejszy niż inne metody, a w niektórych nie. Muszą być precyzyjne wskazania, żeby nie był wykorzystywany niezgodnie z przeznaczeniem. Potem trzeba wyliczyć korzyści wynikające ze stosowania PET – wcześniej wykryta zmiana lub przerzuty oszczędzają pacjentowi ogromnych cierpień, ale i koszty kuracji są mniejsze, bo inaczej się leczy wczesną zmianę niż zaawansowany nowotwór. Korzyści z istnienia Agencji trudno będzie ocenić po roku, tak naprawdę moim marzeniem jest tworzenie jednostki naukowej.

Chciałby pan się zajmować nauką, tymczasem oczekuje się, że AOTM będzie czymś w rodzaju medycznej NIK.

Zgoda, ale będzie to NIK wydająca opinie na podstawie dowodów naukowych.

Jako ośrodek podległy ministrowi możecie się spodziewać nacisków politycznych. Oto głośny przykład zabiegu *in vitro*. Nie jest u nas refundowany z przyczyn ideologicznych, choć minister zdrowia twierdzi, że także z powodów ekonomicznych, bo nas nie stać na finansowanie tak drogich zabiegów. Argumentem cenowym można zniszczyć każdą metodę.

Rzeczywiście, refundacja w jednym kraju nie musi być argumentem w innym, bo ważny jest koszt. W tej sytuacji pojawiają się głosy, że ocena technologii medycznych powinna być odcięta od liczenia kosztów. Byłoby to jednak możliwe tylko wtedy, gdybyśmy mieli instytucję rzetelnie liczącą koszty. Zwróciliśmy się do 800 ośrodków służby zdrowia, chcąc ocenić realne wydatki. Odpowiedziało co dziesiąta placówka. Wiemy, że w Centrum Systemów Informacyjnych przeprowadzono dużą ankietę, pytano, jak szpitale liczą koszty. Okazało się, że jest źle, w księgowości konta są niejednakowo poustawiane, koszty są nie do policzenia i dla nas są nieporównywalne. Pamiętajmy też, że wydatki kliniki są wyższe niż oddziału kardiologicznego w szpitalu powiatowym. Wszystko to jest bardzo trudne, dlatego mamy osobny zespół ekonomiczny, który cały czas wypracowuje przejrzysty system zasady liczenia kosztów. Jednak powtarzam, że nie będę się wtrącał w to, co zaproponują zespoły konsultantów. Nie jestem specjalistą od wszystkiego. Jeżeli pojawią się wątpliwości, sporządźmy raport, który będzie podstawą dla ministra do podjęcia decyzji, czy dana procedura ma się znaleźć w koszyku.

Jaka będzie rola AOTM, gdy powstanie koszyk świadczeń gwarantowanych?

Za 2 lata, gdy zostaną zdefiniowane wszystkie procedury, a firmy będą ze sobą konkurować, zaczną się do nas zwracać z prośbą o ocenę. Przedstawimy swoje opinie. Trzeba działać ostrożnie, mieć stuprocentową pewność, dowody czarno na białym, najlepszych ekspertów. Żeby nikt nie powiedział, że Agencja coś robi na zamówienie polityczne. Bo nie robi.

Rozmawiała Iwona Konarska