

EFEKTYWNIENIE EFEKTOWNIE

Rozmowa z wiceministrem zdrowia
Igorem Radziewiczem-Winnickim

Jaki powinien być system ochrony zdrowia w Polsce? Jakie są priorytety i wizja ministerstwa w tej sprawie?

Współczesny system opieki zdrowotnej musi być sprawiedliwy, powszechny, dostępny dla każdego oraz efektywny, czyli zapewniający pacjentom wysoką jakość świadczeń poprzez koordynowaną opiekę zdrowotną, przy równoczesnej racjonalizacji wydatków. Polski system opieki zdrowotnej – porównywalny z innymi systemami europejskimi – wciąż się rozwija. Jak wskazują raporty porównawcze, stosunkowo niewielkie nakłady pozwalają na osiągnięcie dobrych wskaźników zdrowotnych. Wiele dobrych zmian przyniosła reforma systemu refundacyjnego leków – polska polityka lekowa przez ostatnie półtora roku uczyniła nas liderami Europy w zakresie racjonalizacji farmakoterapii. Mamy jeden z największych w Europie udziałów w rynku leków generycznych. Pozwala to na skuteczne leczenie pacjentów i pozostawia przestrzeń finansową na inwestycje w kolejne innowacyjne technologie oraz poszerzanie wachlarza terapeutycznego. Przełomem było także wcześniejsze powołanie Agencji Oceny Technologii Medycznych, co było zabiegiem koniecznym do osiągnięcia tych efektów. Jesteśmy jednak wciąż w trakcie reformowania rodzimego systemu.

Skoro jest tak dobrze, dlaczego pacjenci miesiącami czekają np. na wizytę u specjalisty w publicznych podmiotach? Może trzeba wprowadzić model ochrony zdrowia polegający na tym, że państwo zapewnia pieniądze, a świadczeniodawcy są mniej istotni? Ważne, by system działał sprawnie.

Co do zasady, zgadzam się z takim modelem, ale w praktyce jest to niewykonalne. Musimy działać zgodnie z prawem. Dziś podmioty publiczne i niepubliczne przystępują przecież do konkursów na świadczenie usług medycznych na równych warunkach. Można natomiast zastanowić się nad tym, czy nie zwiększyć roli dużych

publicznych placówek naukowo-dydaktycznych, tak by stały się inkubatorami kadr medycznych i ośrodkami tworzenia innowacji i postępu. Ministerstwo dąży do tego, by system opieki zdrowotnej działał sprawniej, m.in. nowelizujemy ustawę o świadczeniach zdrowotnych, wprowadzając definicję opieki skoordynowanej, czyli poprawiamy nadzór nad opieką nad pacjentem. Proponujemy także rozbudowę i poprawę efektywności podstawowej opieki zdrowotnej poprzez wprowadzenie tam specjalistów pediatrów i internistów. Oczekujemy ponadto zwiększenia kompetencji osób wykonujących zawody medyczne, ich zaangażowania w proces leczenia pacjentów. Nie wystarczy dać choremu skierowania na badanie czy wystawić receptę. Trzeba zainteresować się, co dalej się z nim dzieje, czyli właśnie tworzyć podstawy koordynacji świadczeń.

Czy to oznacza, że lekarzowi będzie się płaciło za efekty leczenia?

Będziemy do tego dążyć. Z doświadczeń wielu krajów wynika, że opieka zdrowotna opłacana na podstawie stawki kapitałowej (określona przez NFZ kwota, jaką lekarz otrzymuje na leczenie pacjenta) jest bardziej efektywna, gdy zostanie zróżnicowana m.in. w zależności od efektu leczenia. Nie jest to związane z dodatkowymi nakładami na funkcjonowanie opieki zdrowotnej, tylko systemem redystrybucji. W praktyce wprowadzenie go wymaga odpowiedniego przygotowania wszystkich uczestników systemu i długich dyskusji.

Jak odniesie się pan do tego, że wielu lekarzy wypisuje recepty pełnopłatne, ponieważ trudno interpretować – ich zdaniem – zagmatwane przepisy regulujące wypisywanie recept refundowanych?

Nie mogę zgodzić się z tym, że system jest nieprzejrzysty. Są przecież ustalone progi odpłatności pacjenta za leki. Wiadomo też, kiedy pacjent ma ubezpieczenie zdrowotne, a kiedy go nie ma, i wiadomo, jakie mechanizmy trzeba wówczas zastosować. Rolą lekarza jest zdiagno-

**OPIEKA ZDROWOTNA
OPŁACANA NA PODSTAWIE STAWKI
KAPITACYJNEJ JEST BARDZIEJ
EFEKTYWNA, GDY ZOSTANIE
ZRÓŻNICOWANA MIĘDZY INNYMI
W ZALEŻNOŚCI
OD EFEKTU LECZENIA**

fol. PAP/Rafał Guz

zowanie chorego, musi on także wiedzieć, czy dany produkt leczniczy pacjent może nabyć z ryczałtem, bezpłatnie czy też z określoną odpłatnością. Odnoszę wrażenie, że ustawa refundacyjna – zupełnie niepotrzebnie – wywołała wiele szumu medialnego i kontrowersji w środowisku lekarzy. Wierzę jednocześnie, że pacjenci i lekarze zaczynają doceniać dobra wynikające z ustawy refundacyjnej. Dzięki niej m.in. mamy większy dostęp do nowych technologii lekowych, więcej możliwości terapeutycznych. W ostatnich 20 miesiącach dodaliśmy więcej leków do list refundacyjnych niż w poprzedzającym pięcioleciu.

Jak pan ocenia system wprowadzania nowych leków na polski rynek?

Proces ten przebiega zgodnie ze standardem światowym. Kiedyś o wprowadzeniu nowego leku decydował minister zdrowia, teraz jest to proces objęty europejskimi standardami przejrzystości i wymaga bardzo precyzyjnej oceny niezależnej Agencji Oceny Technologii Medycznych. To ona bada wskaźniki skuteczności danej terapii,

korzyści terapeutyczne, zagrożenia zdrowotne oraz relacje efektów zdrowotnych do kosztów. Taki mechanizm jest sprawiedliwy dla wszystkich grup pacjentów. Niestety, żaden system opieki zdrowotnej na świecie nie jest w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb pacjentów, dlatego pojawiła się potrzeba oceny technologii medycznych, by móc porównać różne technologie oraz podejmować w sposób przejrzysty i akceptowalny społecznie decyzje o alokacji publicznych funduszy przeznaczonych na opiekę zdrowotną.

Czy możliwe jest wprowadzenie zasady próbnego wejścia danego leku na listę refundacyjną?

Jestem przeciwny takiemu pomysłowi. Pojawił się on na etapie nowelizacji ustawy refundacyjnej, która jest aktualnie procedowana. Umieszczenie na liście leku na próbę to sposób na wprowadzenie do systemu refundacyjnego leku, który nie przeszedł oceny AOTM. Nie można dopuścić do tego, aby każdy zarejestrowany, dopuszczony do obrotu produkt leczniczy był refundowany bez wcześniejszej oceny agencji. Priorytetem jest

bezpieczeństwo pacjentów i ocena skuteczności terapeutycznej. Nie wyobrażam sobie wejścia – nieobokiem – nowego leku na podstawie danych marketingowych przedstawianych przez producenta, które nie zostały poddane wnikliwej i obiektywnej ocenie niezależnych ekspertów.

A czy koncerny farmaceutyczne lobbują u wiceministra?

Lobbing jest częścią współczesnego świata. Na styku walki o zdrowie ludzi i wielkiego biznesu oraz angażowania publicznych pieniędzy trudno się dziwić, że cyklicznie podejmowane decyzje refundacyjne wzbudzają zainteresowanie wielu środowisk. Niestety, do treści publicznej debaty prócz troski o zdrowie przenikają także argumenty marketingowe.

**WIERZĘ, ŻE PACJENCI I LEKARZE
ZACZNĄ DOCENIAĆ USTAWĘ REFUNDACYJNĄ.
CHOĆBY DLATEGO, ŻE W CIĄGU OSTATNICH
20 MIESIĘCY DO LIST REFUNDACYJNYCH
DODALIŚMY WIĘCEJ LEKÓW NIŻ W CIĄGU
POPREDZAJĄCEGO PIĘCIOLECIA**

Na ile od pana decyzji jako wiceministra odpowiadającego m.in. za politykę lekową zależy, czy dany lek wejdzie na listę refundacyjną? Jaki ma pan na to wpływ?

Nigdy nie liczyłem tego procentowo. Nie mam żadnego wpływu na decyzje wydawane przez AOTM, największą bowiem siłą agencji jest jej niezależność. Nie mam też wpływu na postawy, oczekiwania i elastyczność koncernów farmaceutycznych, a to są przecież podstawowe składowe sukcesu negocjacji cenowych. Należy pamiętać, że system refundacyjny to wypadkowa wielu elementów, w tym potrzeb zdrowotnych populacji, przestrzeni finansowej płatnika publicznego, sytuacji ekonomicznej, polityki marketingowej, pricingu czy możliwości koncernów. Prawo refundacyjne jest w pewnym stopniu regulowane dyrektywami i rozporządzeniami unijnymi, które moim zdaniem w wielu aspektach stoją na straży swobody i transparentności działalności gospodarczej. Prawo m.in. wyznacza czas na rozpatrzenie wniosku refundacyjnego – od momentu złożenia go do rozpatrzenia nie może minąć więcej niż 180 dni. Składanie aplikacji o objęcie refundacją leży wyłącznie w gestii firm farmaceutycznych, minister niestety nie ma wpływu na to, kiedy i jakie wnioski wpłyną do ministerstwa.

Czasami zdarza się, że jakiś ważny lek nie jest refundowany, bo firma nie jest tym zainteresowana. Dziś, nowelizując ustawę refundacyjną, proponujemy nadać ministrowi zdrowia prawo do wezwania firmy farmaceutycznej do złożenia wniosku refundacyjnego w wypadkach, gdy objęcie danego leku publicznym współfinansowaniem jest szczególnie istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego.

Według IMS Health Polska ma jeden z najniższych w Europie dostępów do leków innowacyjnych. Prawda to czy fałsz?

Jednym z celów ustawy refundacyjnej było zwiększenie dostępu do leków innowacyjnych. Szybki spadek cen leków, rozwijający się rynek konkurencji generyków oraz częste zmiany list refundacyjnych stworzyły przestrzeń dla finansowania wielu innowacyjnych technologii. W ostatnim roku włączyliśmy do refundacji nowoczesne leki na zapalenie wątroby, astmę oskrzelową, stwardnienie rozsiane, łuszczycę, raka prostaty, cukrzycę, osteoporozę, RZS czy padaczkę, nie wspominając o bardzo oczekiwanej terapii dla chorych na czerniaka. Wszystkie te terapie to leki innowacyjne. Biorąc pod uwagę, że w tym czasie nakłady na opiekę zdrowotną w Polsce nie wzrosły znacząco, należy uznać te zmiany za duży sukces. Oczywiście szybki i szeroki dostęp do leków innowacyjnych jest też zależny od zamożności danego państwa. Jeśli porównamy się z Japonią, Holandią, Norwegią czy Szwecją, widać, że ilość pieniędzy przypadających w Polsce na obywatela rocznie jest nawet czterokrotnie mniejsza. A koszty terapii lekowych, szczególnie nowoczesnych leków innowacyjnych, są bardzo wysokie i porównywalne we wszystkich tych krajach. Równocześnie jednak raporty IMS często bazują na analizie dostępności leków w ramach list aptecznych, pomijając refundację leków wydawanych w ramach programów lekowych lub chemioterapii. Surowe dane statystyczne zawsze stwarzają możliwość kierunkowej interpretacji i można je różnie racjonalizować. Obserwacje wydatków NFZ wyraźnie pokazują, że dopłata pacjenta do opakowania leku refundowanego nie przekracza 10 zł i ma tendencję malejącą. Oczywiście nasz wynik byłby znacznie lepszy, gdyby poprawić substytucję apteczną i upowszechnić wiedzę, że leki generyczne nie różnią się od oryginalnych.

Ile prawdy jest w tym, że w projekcie budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia jest o 235 mln mniej, niż powinno być?

Trzeba pamiętać, że budżet NFZ w roku 2013 jest dość nietypowy. Mieliśmy bowiem do czynienia z nieprzewidzianym gospodarczo zjawiskiem znacznego obniżenia wpływów do funduszu. Spowodowało to, że ilość funduszy dostępnych i projektowanych na przyszły rok nie wzrosła w porównaniu z nakładami z tego roku. Jednocześnie mamy do czynienia ze zjawiskiem zmniejszenia

konsumpcji leków. To m.in. wynik racjonalizacji farmakoterapii spowodowanej przez ustawę refundacyjną, choć w pewnym stopniu także wzrostu liczby wypisywanych przez lekarzy recept na 100 proc. dla pacjentów ubezpieczonych. To ostatnie zjawisko niekorzystnie balansuje na pograniczu etyki zawodowej i jest niezgodne z prawem. Nie można przecież ubezpieczonych, którzy mają prawo do świadczeń publicznych, pozbawiać konstytucyjnego prawa do refundacji. Nie można zasłaniać się tym, że system refundacji jest skomplikowany i lekarze mają trudności z jego zrozumieniem.

Odnosząc się do ostatnich dyskusji w środowisku onkologicznym – za którym modelem pan się opowiada: za Narodowym Centrum Raka czy Narodowym Instytutem Raka?

Jestem zwolennikiem modelu dobrze koordynowanej opieki zdrowotnej, budowania kompleksowych świadczeń i kontraktowania ich z tymi, którzy udzielają pacjentom świadczeń na najwyższym poziomie, od rozpoznania po psychoterapię, której tak bardzo brakuje w polskiej onkologii. Sądzę, że nie ma znaczenia, czy będziemy mieć cztery czy jeden wiodący ośrodek, ważne jest monitorowanie jakości pracy. Ważne, by te ośrodki miały takie same efekty leczenia i aby nie było różnic w pięcioletniej przeżywalności pacjentów np. z nowotworem jelita grubego pomiędzy ośrodkami onkologicznymi. Na pytanie, czy Narodowe Centrum Raka czy Narodowy Instytut Raka, odpowiem, że powinno być to poddane szerokiej dyskusji. Problem leczenia onkologicznego w Polsce nie dotyczy tego, czy mamy kilka czy kilkadziesiąt centralnych ośrodków. Problemem jest to, że pacjenci często tułają się pomiędzy różnymi poradniami, przez co choroba nowotworowa rozpoznawana jest bardzo późno. Z jednej strony, trzeba budować świadomość pacjentów, że należy się badać, z drugiej zaś, sprawić, by lekarz, do którego trafi chory, był osobą mającą świadomość onkologiczną, dzięki czemu szybko rozpozna chorobę i skieruje pacjenta na właściwą ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną. Analizując wyniki leczenia nowotworów w Polsce i innych krajach UE, widzi się znaczne różnice. Główną przyczyną różnic w wynikach leczenia jest czas rozpoznania, czyli de facto poziom „czujności onkologicznej” zarówno po stronie pacjentów, jak i pracowników systemu. Mamy przed sobą wielkie wyzwanie podnoszenia świadomości pacjentów, ich zachowań prozdrowotnych oraz kompetencji i czujności lekarzy POZ. Oni są najważniejsi w systemie opieki zdrowotnej.

Czy jest możliwy system szybkiej ścieżki diagnostycznej pacjenta onkologicznego?

Tu pojawia się pytanie, czy trzeba to uregulować na poziomie ministerialnych rozporządzeń, ustawy, czy jest to kwestia wymagająca uregulowania na poziomie wprowadzania powszechnie obowiązującego standardu

wykonywania zawodu lekarza, pracownika opieki zdrowotnej. Widzimy znaczące różnice w wynikach terapii zależne od postrzegania przez lekarzy ich roli i powinności wobec pacjenta, w szczególności poczucia odpowiedzialności za dalsze losy człowieka chorego, oraz od poziomu przygotowania profesjonalnego. W Holandii czy Niemczech, jeśli pacjent przychodzi do lekarza rodzinnego z podejrzeniem choroby nowotworowej, jest kompleksowo badany. A gdy zapada decyzja, że ma trafić na oddział onkologiczny, od razu dostaje termin i adres. To proste rozwiązania organizacyjne, które można wypracować i nie trzeba tworzyć specjalnego produktu NFZ, by pokierować pacjenta w odpowiednie miejsce.

Dlaczego tak długo nie udaje się wprowadzić tak potrzebnego projektu ustawy o zdrowiu publicznym?

To bardzo trudna, a wręcz rewolucyjna ustawa, wymagająca nałożenia nowych obowiązków z zakresu realizacji zadań na rzecz zdrowia na wiele resortów. Jest skomplikowana również pod względem ukształtowania odpowiednich regulacji pomiędzy władzami samorządową a centralną. Dziś w zdrowiu publicznym na poziomie samorządów panuje często dysharmonia. Jedne samorządy nie regulują niczego, inne w sposób dorywczo-akcyjny przeprowadzają niepowiązane ze sobą projekty na rzecz zdrowia. Bywa też tak, że decyzje podejmowane przez pomysłodawców i realizatorów działań na rzecz zdrowia pozbawione są wnikliwej analizy epidemiologicznej. Jeśli w danym powiecie widoczny jest głównie np. problem alkoholowy, wykluczenie społeczne i znaczne obciążenie populacji chorobami odytoniowymi, a zapada decyzja o zakupie szczepionki HCV – trudno dostrzec w takim działaniu symptomy racjonalności polityki zdrowotnej. Ustawa winna także określić rolę i sposób przygotowania kadr zdrowia publicznego. To tylko jeden z przykładów na to, jak wiele spraw ta ustawa musi uregulować. Stąd potrzeba czasu na jej wprowadzenie. Mówiąc o szeroko pojętych zmianach dotyczących zdrowia publicznego, warto jeszcze wspomnieć o planowanych zmianach w ustawie refundacyjnej. Najistotniejsze dla pacjentów jest to, że poprawiamy skuteczność substytucji aptecznej, co zwiększy dostępność tanich i dobrych leków. Rzadziej ogłaszane będą także obwieszczenia refundacyjne – nie co dwa miesiące, ale co trzy. Chcemy ponadto wprowadzić modyfikację w chemii niestandardowej, tj. ma być realizowana w ramach indywidualnych programów, w ramach terapii onkologicznych. Powstanie zespół profesorski, który po wydaniu decyzji dyrektorów wojewódzkich oddziałów NFZ będzie oceniał medyczną zasadność stosowania danej terapii w danym wskazaniu... Ale to już nie są zagadnienia zdrowia publicznego.

Janusz Michalak, Kamilla Gębska