

WIZJA ZDROWIA

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. MARCINEM CZECEM

Zdrowie to system naczyń jedna zmiana pociąga za sobą

Minęło 1,5 roku od przyjęcia dokumentu „Polityka lekowa państwa”, który określa priorytety działań rządu w zakresie gospodarowania lekami w latach 2018–2022. Jak pan ocenia jego wdrożenie i czy widzi pan potrzebę kontynuowania prac nad wskazanymi w nim celami?

Jak najbardziej, ponieważ większość wyznaczonych zadań czeka na realizację. Niedawno starałem się ocenić poszczególne części strategii. Zarówno część dotycząca profilaktyki i dostępności badań klinicznych – tzn. część refundacyjna oraz część IT, jak i część odnosząca się do personelu zostały zrealizowane na ocenę między dostateczną a dobrą, w porywach nawet dobrą plus. Jednak jeśli chodzi o wykonanie części refundacyjnej, daję ocenę dostateczną, ponieważ zostało tam jeszcze sporo do zrealizowania.

Jakie obszary są do poprawy? Co dalej z ustawą refundacyjną?

Widzę potrzebę znowelizowania ustawy refundacyjnej. Zmiany powinny dotyczyć nie tyle polityki lekowej państwa, ile tego, co jest napisane w samym dokumencie. Na przykład w jego części refundacyjnej mamy zaproponowaną analizę wielokryterialną przy podejmowaniu decyzji o terapii w chorobach rzadkich. Jeśli to się nie stanie, to ciągle będziemy się potykać o próg opłacalności, który nie jest spełniony w przypadku chorób rzadkich. Warto byłoby zająć się zmianami w tym konkretnym przypadku. Regulacji wymaga też to, że firmy farmaceutyczne nie muszą się zgadzać na zmiany zapisów dotyczących programów lekowych. W tej chwili firmy wykorzystują to jako element walki konkurencyjnej na rynku. Cierpią na tym pacjenci. A chodzi o tzw. okienko refundacyjne – aby firmy wcześniej wiedziały, co jest tam napisane, żeby można było doradzać, w jakim kierunku powinna pójść refundacja lub do jakich instrumentów ryzyka powinno się nawiązać w ministerstwie. W mojej ocenie warto zastanowić się nad dokonywaniem zmian na listach refundacyjnych co trzy miesiące, a nie co dwa, aby odciążać urząd, który jest do tego powołany. Ponadto po-

winny powstać stałe komitety ekspertów do wszystkich programów lekowych, żebyśmy mieli nad nimi merytoryczną kontrolę. Chciałbym, żeby to było zapisane w ustawie refundacyjnej. Proponowanych zmian w ustawie refundacyjnej jest ok. 30, wymieniłem tylko niektóre. Pewne jest, że czeka nas przygotowanie nowelizacji ustawy refundacyjnej. Funkcjonuje ona na tyle długo, że warto nieco zmienić te kwestie, które przeszkadzają regulatorowi czy decydentowi.

W Wielkiej Brytanii funkcjonuje publiczny płatnik National Health Services (NHS) oraz agencja tamtejszego Ministerstwa Zdrowia – National Institute of Care and Clinical Excellence (NICE), odpowiedzialna za opiniowanie procedur medycznych i rekomendowanie ich finansowania przez NHS. Partycypują one w pozyskiwaniu pacjentów do badań klinicznych firm farmaceutycznych. Jaka instytucja publiczna powinna pełnić taką funkcję w Polsce?

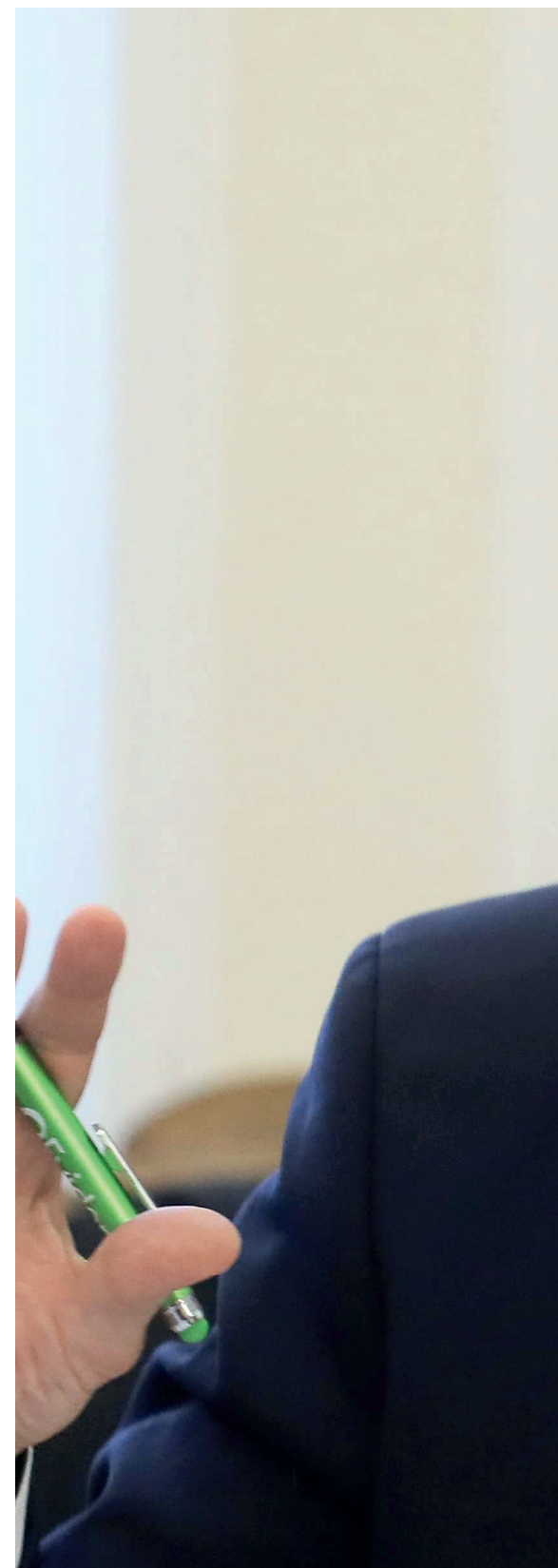
Jeżeli utworzymy w Polsce bazę danych obejmującą planowane lub prowadzone badania kliniczne i uchwalimy takie przepisy, które ułatwią ich realizowanie, to rynek się sam wyreguluje. Pacjenci poszukują badań klinicznych, a firmy poszukują pacjentów. Nie ma wspólnej platformy. To ma być robione w Europie, ale wcześniej może być zrobione w Polsce. Liczba komercyjnych badań klinicznych w Polsce stale się zwiększa. Po zmianie ustawy Prawo farmaceutyczne – którą notabene miałem przyjemność przeprowadzić – odbiurokratyzowane zostały wymogi dla firm prowadzących badania kliniczne. Zmiana polega na tym, że firmy te nie muszą mieć umów podpisanych ze wszystkimi ośrodkami, wystarczą jedynie promesy tych umów. Już to spowodowało, że liczba badań klinicznych w Polsce zaczęła rosnąć. Zmiana mikro, efekt makro. Nie obarczałbym tym

żadnej instytucji, na pewno nie Agencji Badań Medycznych, która ma inne zadania – ma stymulować rozwój niekomercyjnych badań klinicznych, np. w pediatrii albo w onkologii. Tam jest olbrzymie pole do działania. Zresztą środowisko medyczne bardzo żywiołowo odpowiedziało na konkurs Agencji Badań Medycznych – wniosków było 15 razy więcej niż możliwości ich finansowania. Widać, jak duże są oczekiwania, jeśli chodzi o finansowanie tego typu projektów.

Możliwości finansowania niekomercyjnych badań klinicznych w Polsce to oczekiwania na rok 2020. A jakie są największe wyzwania dla ministra zdrowia na 2020 rok? Czy jest to zagrożona sieć szpitali, niedobór kadr, kolejki na SOR-ach, zadłużenie szpitali?

To jest system naczyń połączonych – jedna zmiana pociąga za sobą kolejne, w innym miejscu. Słusznie minister zdrowia zajął się kadrami. Podniósł pensje najgorzej zarabiającym lekarzom, m.in. żeby ich zatrzymać w kraju, powstrzymać przed odejściem na emeryturę, zachęcić do pracy w państwowym systemie ochrony zdrowia. Widzimy, że niedobór kadr jest coraz większy, dotyczy również pielęgniarek. Efekt jest taki, że więcej szpitali dotyka problem finansowy. Tego jeszcze nie widać w zestawieniach, ponieważ są one przygotowywane z opóźnieniem. Niestety, zaraz się okaże, że dyrektorzy nie są w stanie sprostać zapowiedziom ministra dotyczącym podwyższenia pensji. Przypuszczalnie więcej szpitali będzie się zadłużało i znowu trzeba będzie przeznaczyć na nie więcej pieniędzy w systemie. To tylko jeden z przykładów, a jest ich wiele. Gdy minister słusznie rozszerzył kontraktowanie badań diagnostycznych, np. tomografii komputerowej, to prywatni świadczeniodawcy, którzy też mogą podpisywać umowy z NFZ, od razu zaczęli pracować pełną

„ Środowisko medyczne bardzo żywiołowo odpowiedziało na konkurs Agencji Badań Medycznych – wniosków było 15 razy więcej niż możliwości ich finansowania



połączonych – kolejne, w innym miejscu

Rozmawiała dr Agnieszka STAREWICZ-JAWORSKA



parą. W tym celu byli zmuszeni zatrudnić więcej radiologów i techników, a zatem więcej im płacić. A skąd mogą pochodzić ci specjaliści? Z państwowych lecznic. Tam zaczęło ich brakować. Pacjenci nie mogli mieć wykonanych badań, bo kadra odpłynęła w kierunku bardziej komercyjnym. Nie oceniam, czy to była dobra decyzja. Wskazuję jedynie, że istnieją konsekwencje, jak w naczyniach połączonych – mówiąc obrazowo – gdzie indziej wybija wodę.

| Z tego wynika, że płatnik publiczny nie jest konkurencyjny na rynku.

Ten płatnik potrafi być wobec siebie konkurencyjny. Przypomnę sprawę anestezjologów, których jest za mało. Jeden z warszawskich szpitali zaproponował wyższe stawki za godziny anestezjologom (są oni zatrudnieni na kontraktach), więc lekarze przeszli do niego i zabrakło ich w innym ośrodku. Ten proces jest trochę jak „krótka kołdra”. Potrzebne jest dosypanie pieniędzy do systemu, ale też lepsze zarządzanie, czyli dobrzy menedżerowie. Zgadzam się z ministrem zdrowia, że to on zarządza całym systemem, ale za poszczególne szpitale odpowiadają dyrektorzy, a za sprawy regionalne samorządowcy. Jedyna rzecz, którą warto przygotować centralnie, to koszyk świadczeń, a wyceny oraz praktyki muszą być uczciwe. Warto w tym miejscu wspomnieć o inicjatywie NFZ rozpowszechnienia w szpitalach modelu zarządzania *hospital-based* HTA [wdrożenie metodologii szpitalnej oceny technologii medycznych, HB-HTA – przyp. red.].

| Czy samorządy powinny zarządzać opieką zdrowotną?

Nie, ponieważ pojawią się różnice: zamożne samorządy będą miały bardzo dobrze zorganizowaną ochronę zdrowia, a mniej zamożne – nie. Będzie to przyczyną dalszych nierówności w zdrowiu, których w Polsce i tak mamy bardzo dużo. Jestem daleki od tego, aby je mnożyć. Samorządy powinny zarządzać opieką zdrowotną w przypadku akcji profilaktycznych, takich jak szczepienia, edukacja. ▶

WIZJA ZDROWIA



fot. PAP / Jacek Turczyk

” Wprowadziłbym dla pacjentów niewielkie opłaty, które nie obciążą budżetu domowego, np. równowartość połowy paczki papierosów za wizytę u specjalisty oraz jednej trzeciej paczki papierosów u lekarza rodzinnego

► **Czy ma pan receptę na oddłużenie placówek ochrony zdrowia?**

Sytuacja, w której szpitale się zadłużają, a potem są oddłużane, nie jest typowa dla Polski. Najsensowniej, jeśli jest dobry plan naprawczy. Zasadniczo szpitale powinny być tak zarządzane i mieć tyle pieniędzy, aby nie musiały się zadłużać.

► **Czy należy wprowadzić możliwość prywatnej dopłaty do świadczenia o wyższym standardzie?**

Wyższy standard opieki medycznej może polegać na tym, że na przykład gdy mam operację zaćmy, mogę za dopłatą otrzymać lepszą soczewkę – akomodującą. My i tak dopłacamy do leków. Jeśli chcemy kupić lek oryginalny, potrafimy dopłacić do niego 30–40 zł. A przecież jest lek generyczny, który możemy mieć za 3,20 zł. Jaka jest różnica między takim podejściem do leków i do wyrobów medycznych? Możemy dopłacić do lepszej protezy i jeszcze mamy korzyść, bo będziemy ją rzadziej wymieniać oraz rzadziej korzystać z innych zasobów ochrony zdrowia. Z punktu widzenia równego dostępu dzielimy ludzi na bogatszych i biedniejszych. Tylko czy ten podział nie istnieje w innych obszarach? Zdrowie jest kwestią szczególnie wrażliwą. Nie mam jednoznacznej opinii na ten temat, zwłaszcza bez wskazania, gdzie takie dopłaty są możliwe. Żeby to

wprowadzić, trzeba zrobić porządek w wyrobach medycznych, by ludzie wiedzieli, co im się należy i w jakim standardzie. Żeby otrzymywali świadczenia odpowiedniej jakości. W zakresie wyrobów medycznych dostrzegam obecnie duże wyzwania, ale to inny temat.

► **Wyzwaniem są też kolejki do specjalistów. Co zrobić, aby były krótsze?**

Wspomnę o pomysle, który zapewne nie zostanie zrealizowany przez obecne ministerstwo ani przez ten rząd. Wprowadziłbym dla pacjentów niewielkie opłaty, które nie obciążą budżetu domowego, np. równowartość połowy paczki papierosów za wizytę u specjalisty oraz jednej trzeciej paczki papierosów u lekarza rodzinnego. Pacjent płaciłby 5 zł za wizytę u lekarza rodzinnego i 10 czy 15 zł za wizytę u specjalisty. Gwarantuję, że

” Ludzie, którzy przyzwyczajają się do systemów informatycznych, będą oszczędzali czas. Można zobaczyć, ile trwa wystawienie e-recepty, a ile wypisanie tradycyjnej, papierowej. To oszczędność czasu, który można poświęcić pacjentom. Kiedy będzie w pełni działająca e-dokumentacja, pacjent idąc do lekarza, nie będzie musiał nosić papierów z historią choroby. Będzie ona już w systemie, na Internetowym Koncie Pacjenta

kolejki się zmniejszą. To jest tzw. ryzyko nadużywania. Do specjalistów poszliby ci, którzy tego potrzebują. To mogłaby być szybka i skuteczna akcja, ale politycznie niepopularna.

► **Najważniejsze trzy dokonania w systemie ochrony zdrowia w 2019 r. to...**

Myślę, że należy odnotować informatyzację ochrony zdrowia. Z wielką zazdrością patrzyliśmy na ten proces u sąsiadów, np. w Estonii. Dopiero działania podjęte w 2019 r. spowodowały, że mamy e-receptę obowiązującą od 8 stycznia 2020 r. To nie znaczy, że wszystko od razu działa fenomenalnie, ale informatyzacja wkroczyła w system dużymi krokami. Mocniej została zainicjowana praca analityczna Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia i NFZ, co – mam nadzieję – będzie skutkowało możliwością podejmowania de-

cyzji na podstawie informacji, a nie tego, co się komuś wydaje. Trzecim elementem jest powołanie wspomnianej już Agencji Badań Medycznych, która wypełnia lukę między badaniami podstawowymi a typowo medycznymi. Przytaczane już wyniki konkursu organizowanego przez tę instytucję wskazują, jak duże są oczekiwania w tym zakresie.

► **Jeśli chodzi o e-receptę – jeszcze nie wszyscy przestawili się na elektroniczne zarządzanie.**

Ludzie, którzy przyzwyczajają się do systemów informatycznych, będą oszczędzali czas. Można zobaczyć, ile trwa wystawienie e-recepty, a ile wypisanie tradycyjnej, papierowej. To oszczędność czasu, który można poświęcić pacjentom. Kiedy będzie w pełni działająca e-dokumentacja, pacjent idąc do lekarza, nie będzie musiał nosić papierów z historią choroby. Będzie ona już w systemie, na Internetowym Koncie Pacjenta. Jeśli pacjent wyrazi zgodę, dostęp do danych z IKP będzie miał również farmaceuta. To otwiera drzwi do rozwoju opieki farmaceutycznej w Polsce, unikania interakcji i błędów lekowych. Oczywiście, do IKP będzie miał dostęp lekarz rodzinny, ale może zajrzy tam także specjalista. E-recepta pokaże też, czy ten sam pacjent nie dostaje takich samych leków od różnych specjalistów. Estonia potrafiła zainformatyzować całą ochronę zdrowia.

► **Biorąc pod uwagę to, co działo się w ochronie zdrowia w roku 2019, czego możemy spodziewać się w 2020? Co jest najważniejsze do zrobienia?**

Rok 2020 nie przyniesie rewolucji, efektu wow!, czyli nagłej poprawy w ochronie zdrowia. Myślę, że cierpliwie i bez emocji powinniśmy system zmieniać i reformować krok po kroku, żeby go nie wyrzucić. Patrę optymistycznie i mam nadzieję, że informatyzacja będzie postępowała w szybkim tempie. Namawiam do przechodzenia do elektronicznego świata. Jestem za odbiurokratyzowaniem systemu ochrony zdrowia. Niestety, zmiany są zazwyczaj bolesne, przynajmniej na początku. Lekarze nie lubią zmian, ale też nie powinni być obciążani obowiązkami administracyjnymi. Lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci powinni być blisko chorego i jemu służyć, a nie „wypełniać papiery”. Tu jest ogromna rola asystentów medycznych. Mamy absolwentów zdrowia publicznego, którzy mogliby obsługiwać systemy informatyczne, dzięki temu ubyłoby krążących w systemie ton papieru. Powinniśmy nadal wdrażać to, co jest zapisane w dokumencie „Polityka lekowa państwa”. Należy rozszerzać możliwości terapeutyczne, zapewniać chorym więcej opcji leczniczych, wczesną interwencję. W tej kwestii jestem optymistą, lubię, kiedy mój gen zmieniania świata ulega ekspresji. ■