

# MODERN HEALTHCARE INSTITUTE

NR 3 listopad 2019

mZdrowie.pl

## Pacjenci mają coraz więcej do powiedzenia

*Organizacje pacjenckie powinny wspólnie z Rzecznikiem Praw Pacjenta rozwiązywać problemy systemowe i przeciwdziałać naruszeniom praw pacjentów. Informować decydentów i urzędników o tym, jak wygląda rzeczywistość i potrzeby osób chorych. Mówić o skutkach podejmowanych centralnie decyzji, a zwłaszcza o ich wpływie na życie pacjentów i ich rodzin. Powinny być obecne i reprezentowane wszędzie, gdzie omawiane lub procedowane są decyzje dotyczące zmian systemu, finansowania czy nowych technologii.*



Bartłomiej Chmielowiec

▶ str. 4-5

### w numerze



Izabela Obarska Marcin Stajszczak

▶ 3 Współautorzy raportu „Dostęp do leczenia biologicznego w Polsce” piszą o najważniejszych wnioskach z analizy wprowadzania leków biopodobnych do polskiego systemu refundacji



Marek Woch i Leszek Borkowski

▶ 4-5 Debata ekspercka portalu mZdrowie.pl na temat miejsca i roli organizacji pacjenckich w systemie ochrony zdrowia

▶ 6 Prof. Piotr Czauderna przedstawia swoją wizję zmian systemowych, organizacyjnych i finansowych



Piotr Czauderna

▶ 7 Ekspertcy oceniają wyniki wyborów i próbują wyciągnąć z nich optymistyczne wnioski na najbliższe lata. Nie każdemu to się udaje

▶ 8 Straty technologiczne przy podawaniu leków, których nie rozlicza NFZ, narażają szpitale na koszty.

## Czas na naprawę sieci

— Teraz jest moment, aby dokonać gruntownego przeglądu sieci szpitali – mówi kilka dni po wygranych wyborach o swoich priorytetach Tomasz Latos, przewodniczący sejmowej komisji zdrowia.

Sekundował mu Adam Niedzielski, prezes NFZ. Obaj wskazywali kierunki zmian sieci: konsolidację, zmniejszenie liczby łóżek klinicznych i zwiększenie liczby długoterminowych. Kolejne kierunki zmian wskazują eksperci w redakcyjnej sondzie mZdrowie.pl.

— Połączmy potencjał szpitali i pomocy społecznej, na początek przynajmniej w powiatach. Szpitale mamy za dużo, a potencjał, który w nich drzemie można wykorzystać, by sprostać szerzej pojętym wyzwaniom demograficznym – mówi Janusz Boniecki, prezes zarządu szpitala w Ostródzie.

— Wprowadźmy premię dla szpitali, które inwestują w nowe metody leczenia. Stały ryczałt premiuje tych, którzy od lat robią to samo. Brak premii motywacyjnej sprzyja stagnacji, nie innowacji – apeluje Ewa Książek-Bator, członek zarządu Polskiej Federacji Szpitali.

— Dajmy więcej swobody regionom. Zauważmy, że do osiągnięcia tych samych celów inaczej trzeba podejść w małym województwie lubuskim, a inaczej w wielkim mazowieckim – mówi Marzena Wodzińska, członek zarządu Województwa Wielkopolskiego.

— Rozważmy regulowanie spraw płacowych na poziomie centralnym. Wiedzieliśmy, że projekt sieci uda się przeprowadzić, gdy szpitalom rzeczywiście przybędzie pieniędzy. Przybyło, ale większość z tej puli trzeba było przeznaczyć na płace i dostosowanie się do regulacji centralnych w tym zakresie – mówi Marek Tombariewicz, współtwórca sieci.



Bartłomiej Leśniowski

## Najstabsze ogniwo

Jeśli ma dojść do zasadniczych zmian, których potrzebujemy, trzeba zmusić polityków do porozumienia. Z całym szacunkiem do nich uważam, że politycy są najstabszym ogniwem systemu. Nie są to ani lekarze, ani pielęgniarki, ani eksperci, ani menedżerowie. Politycy mają poglądy na ochronę zdrowia ukształtowane przez opinie ludzi, z którymi się stykają – pacjentów, lobbystów, działaczy. Te różnorodne opinie tworzą mieszankę, którą politycy wygłaszają jako swoje poglądy i którą kierują się w swoim postępowaniu – samemu nie znając się na rzeczy. Na palcach jednej ręki można wymienić prawdziwych polityków zdrowotnych, którzy dysponują wiedzą i rozumieją, jak działa system.

Brakuje woli i presji społecznej. Polacy poniekąd przyzwyczaili się do narzekania na służbę zdrowia, a jednocześnie nie lubią zmian. Trzeba też powiedzieć, że wbrew wielu narzekaniom z polską służbą zdrowia nie jest tak źle. Kończy się to w taki sposób, że tkwimy w zawieszaniu. Dryfujemy narzekając, że trzeba byłoby wytyczyć kurs, ale nikt nie chce zabrać się do wioset.

W ostatnim czasie coś się pod tym względem zaczęło dziać. Dostrzegam pewien renesans myśli zdrowotnej, wielu ludzi zaczęło się nad tym problemem głębiej zastanawiać. Resort prowadzi dialog z wieloma środowiskami. Na razie jednak politycy unikają mocnych decyzji i odpowiedzialności, ponieważ każda trudna decyzja niesie za sobą ryzyko spadku popularności. Przepraszam za to, co powiem, ale politycy – poza wyjątkami – pomimo wiedzy, doświadczenia, specjalizacji w zawodach pozamedycznych, są zupełnymi ignorantami w medycynie jako wiedzy i ochronie zdrowia jako systemie jej wdrażania. Nie dziwi mnie to, ponieważ – pomimo coraz wyższego poziomu edukacji – w całym społeczeństwie jest podobnie.



Michał Sutkowski

### TWIT MIESIĄCA

Agnieszka Mastalerz-Migas  
@aga\_mastalerz

Na co Polacy wydają najwięcej? Uwaga, na: 1. papierosy – 24,4 mld; 2. Piwo – 17,2 mld; 3. Wódkę – 11,9 mld zł (wg #politykanr39), warzyw nie ma nawet w pierwszej dziesiątce... 13 mld wydane na suplementy i leki OTC. Ale w ankietach większość Polaków uważa, że odżywia się zdrowo.

## FAKTY

### NFZ wydał na leki 12,77 mld zł w 2018 roku



Adam Niedzielski

8,498 mld zł wydano w ramach refundacji otwartej na leki i wyroby medyczne, co stanowi 99,32 proc. zaplanowanego w 2018 roku budżetu na ten cel, który wynosił 8,556 mld zł.

Na leki stosowane w chemioterapii wydano ponad 698 mln zł – oznacza to 97,04 proc. zaplanowanego budżetu na cały rok, który wynosił około 720 mln zł. Na leki w ramach programów lekowych był w 2018 roku zaplanowany budżet w wysokości ponad 3,496 mld zł, wykorzystano go w 98,36 proc. – NFZ wydał w tym zakresie ponad 3,439 mld zł.

### Szpitala zadłużają się

Zadłużenie szpitali publicznych na koniec roku 2018 wyniosło 13,069 mld zł i w porównaniu z trzecim kwartałem 2018 wzrosło o 3,1 proc. W porównaniu z końcem 2017 roku, kiedy zadłużenie wynosiło 11,757 mld zł, długi wzrosły o 11 proc. Jednocześnie zmalały zobowiązania wymagalne z 1,792 mld zł do 1,595 mld zł, czyli o ok. 11 proc. Gdy porównać je z trzecim kwartałem 2018 – był to wzrost o 3,1 proc. Natomiast w porównaniu z końcem 2017 roku, kiedy zadłużenie wyniosło 11,757 mld zł, długi wzrosły o 11 proc.

### Polska na końcu Euro Health Consumer Index

Na 35 krajów sklasyfikowanych w dorocznym rankingu EHCI (Euro Health Consumer Index) Polska zajęła dopiero 32. miej-

sce. Wyprzedzają nas nawet kraje dużo biedniejsze od nas – takie jak Bułgaria, Czarnogóra. W tym roku przebadano 35 państw. Najlepiej oceniono Szwajcarię, nieźle wypadli nasi sąsiedzi – Czesi zajęli 14. miejsce, Słowacy uplasowali się na pozycji nr 21.

### Decyzje refundacyjne na Twitterze



Maciej Mitkowski

Wiceminister zdrowia Maciej Mitkowski zaczął informować o ważnych decyzjach refundacyjnych na swoim koncie na Twitterze. W ten sposób poinformował m.in. o wpisaniu na listę floyzyn w leczeniu cukrzycy oraz opatrunków UrgoStart w leczeniu ran przewlekłych. W kolejnym tweecie Maciej Mitkowski poinformował o refundacji leku stosowanego w trzeciej i czwartej linii leczenia chorych na raka jelita grubego. Z tweetowanych informacji dowiedzieliśmy się także, że będą refundowane nowe leki na stwardnienie rozsiane.

### Prezes AOTMiT popiera szczepionki na rotawirusy

Roman Topór-Mądry rekomenduje powszechne szczepienie przeciwko rotawirusom pod warunkiem obniżenia kosztu szczepień oraz rozważenia możliwości wprowadzenia w pierwszej kolejności szczepień w grupach wysokiego ryzyka z jednoczesną oceną efektywności klinicznej i kosztowej. Rada Przejrzystości AOTMiT wydała wcześniej inną rekomendację, zawiązując obowiązek szczepień przeciwko rotawirusom tylko do dzieci urodzonych przedwcześnie i z niską masą urodzeniową.

## PRAWO

### Prośby o zmiany w programach lekowych

Pacjenci i firmy farmaceutyczne proszą o zmiany zapisów ustawy refundacyjnej dotyczących programów lekowych. Mają one służyć bardziej elastycznemu podejściu do decyzji refundacyjnych na temat konkretnych leków.

„Pragniemy zwrócić uwagę na potrzebę nowelizacji ustawy refundacyjnej w zakresie programów lekowych łączących wiele decyzji refundacyjnych jednym załącznikiem poprzez „rozszczenie” programów tak, aby każdy lek miał własny opis zakresu refundacji” – piszą we wspólnym liście do ministra zdrowia All.Can Polska, Polska Unia Organizacji Pacjentów, Fundacja „Wygrajmy Zdrowie” oraz Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA. Chodzi o to, aby dopisanie nowej substancji czynnej nie wymagało zmiany opisu całego programu lekowego.

### Wyroby medyczne w konsultacjach

Projekt zakłada wzmocnienie kontroli nad tym rynkiem, poszerzając w tym celu uprawnienia prezesa Urzędu Rejestracji. Organem nadzorującym rynek wyrobów medycznych będzie Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Podmioty działające na tym rynku będą miały określone obowiązki informacyjne. Zostanie wprowadzony system kar administracyjnych związanych z nieprzebraniem przepisów, który zastąpi dotychczasowe przepisy karne. Reklama wyrobów medycznych będzie obłożona restrykcjami podobnymi do przepisów dotyczących reklamy leków.

### Wytyczne dla prokuratorów

Wytyczne prokuratora generalnego mają na celu podwyższenie sprawności i efektywności postępowań przygotowawczych, pro-

wadzonych o tego typu przestępstwa, a także zapewnienie jednolitej praktyki w prowadzonych postępowaniach.

Wytyczne wskazują, że w przypadku przestępstw dotyczących mienia znacznej wartości lub zagrożonych karą nie niższą niż 5 lat pozbawienia wolności lub popełnionych w grupie albo związku przestępczym, konieczne jest każdorazowe rozważenie podstaw do zastosowania zabezpieczenia mienia na poczet przypadku korzyści przy zastosowaniu tzw. konfiskaty rozszerzonej.

### Urząd Nadzoru Farmaceutycznego

Po wyborach parlamentarnych Prawo i Sprawiedliwość zamierza powołać Urząd Nadzoru Farmaceutycznego – taki zapis znalazł się w programie wyborczym PiS. „Stworzymy Urząd Nadzoru Farmaceutycznego oparty na potężeniu Inspekcji Farmaceutycznej i Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych. Instytucja ta zapewni dalszą poprawę nadzoru nad rynkiem farmaceutycznym, wytwórcami, hurtowniami, aptekami oraz nad przepływem leków do ostatecznych odbiorców” – zapisano w programie wyborczym.

### Więcej pieniędzy na koordynację sieci

Ośrodki koordynujące leczenie pacjentów onkologicznych w ramach pilotażu sieci onkologicznej otrzymają dodatkowe pieniądze. Dodatkowe współczynniki wyniosą 1,05 dla szpitala współpracującego I poziomu oraz 1,175 dla szpitala współpracującego II poziomu. Szpitale koordynujące pilotaż na Dolnym Śląsku i Pomorzu otrzymają współczynnik korygujący 1,35, natomiast współczynnik dla szpitali z województw podlaskiego i świętokrzyskiego wyniesie 1,30. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku otrzyma współczynnik 1,175 w zakresie nowotworów innych niż nowotwory płuca oraz 1,30 w zakresie nowotworów płuca.

## KADRY

### W nowym Sejmie

W wyborach do Sejmu postami zostali wybrani m.in.: **Łukasz Szumowski, Wojciech Maksymowicz, Andrzej Sośnierz, Józefa Szczurek-Żelazko, Tomasz Latos, Czesław Hoc, Bolestaw Piecha.**



Wojciech Maksymowicz

Pożegnali się z Sejmem m.in. **Krzysztof Ostrowski, Marian Zembala, Bernadeta Krynicka, Lidia Gądek.** Nie dostali się do Sejmu również m.in. **Marek Posobkiewicz, Dawid Murawa** ani **Justyna Socha.**

### W nowym Senacie

Senatorami zostali m.in.: **Beata Małecko-Libera, Waldemar Kraska, Tomasz Grodzki, Alicja Chybicka, Dorota Czudowska, Agnieszka Gorgoń-Komor, Stanisław Karczewski.** Nie dostali się do Senatu m.in. **Konstanty Radziwiłł, Andrzej Wojtyła, Marek Rudnicki.**

### Nowy prezes NFZ

**Adam Niedzielski** został nowym prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia

### Pierwszy prezes ABM

Konkurs na stanowisko prezesa Agencji Badań Medycznych wygrał **Piotr Czaundera.** – „Funkcja prezesa ABM to dla mnie duże wyzwanie i zobowiązanie. Chciałbym udowodnić niedowiarkom, że Agencja jest rzeczywiście Polsce potrzebna, przede wszystkim do uruchomienia na szeroką skalę badań niekomercyjnych” – powiedział po nominacji.

### Nowe funkcje Zbigniewa J. Króla



Zbigniewa J. Król

Były wiceminister został pełnomocnikiem ministra zdrowia do spraw uchwalenia i wdrożenia Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich. Został też dyrektorem Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA.

### Kandydatka na nowego komisarza ds. zdrowia

Cypryjska polityk **Stella Kyriakides** ma zostać nowym komisarzem UE ds. zdrowia. Stella Kyriakides zamierza współpracować z europejskim przemysłem farmaceutycznym i zapewnić Europejczykom przystępne cenowo leki. Stella Kyriakides jest psychologiem dziecięcym.

## CITIUS, ALTIUS, FORTIUS

Proces obejmowania kolejnych leków biologicznych refundacją trwa w Polsce od lat. Widoczne są jego pozytywne efekty, które raport „Dostęp do leczenia biologicznego w Polsce” pokazuje z różnych punktów widzenia. Trzeba docenić wiele decyzji podjętych zwłaszcza w ostatnich kilku latach, które zwiększyły liczbę refundowanych leków.

Widoczne są także bariery i niespełnione oczekiwania, a wiele potrzebnych decyzji podjętych (jeszcze) nie zostało. Czekamy na ułatwienia kwalifikacji pacjentów do leczenia, ulepszenie zasad finansowania programów lekowych, zmiany metody refundacji z programów na refundację apteczną, system zachęt dla szpitali i lekarzy.

Najgorętszym problemem przestaje być powoli obecność, lub nie, danego leku na liście refundacyjnej, która wywoływała zwykle najwięcej emocji i kontrowersji. Koncentrowały się w niej wysiłki, korzyści i ograniczenia przemysłu, pacjentów, lekarzy oraz płatnika publicznego. Dzisiaj musimy pytać przede wszystkim o to, czy poprawia się dostępność pacjentów do leczenia.

Z raportu wynikają dwa generalne wnioski: idziemy w dobrym kierunku, ale o wiele za wolno. Właściwie dopiero zaczynamy. Dlatego najważniejszą konkluzją powinien być apel do decydentów: warto na tej drodze przyspieszyć i usunąć bariery blokujące rozwój leczenia biologicznego.



Krzysztof Jakubiak

## NADAL BARDZO NISKI DOSTĘP DO TERAPII

Dostęp polskich pacjentów do innowacyjnych terapii, zwłaszcza w chorobach przewlekłych, do których należą nieswoiste choroby zapalne jelit, choroby zapalne stawów oraz łuszczyca plackowata, jest bardzo niski w porównaniu do innych państw europejskich.

Wprowadzenie do refundacji biologicznych leków biopodobnych i związane z tym znaczące obniżenie kosztów terapii miało w zdecydowany sposób zwiększyć liczbę leczonych chorych.

Wzrost łącznej liczby pacjentów we wszystkich analizowanych w raporcie programach lekowych, pomiędzy rokiem 2016 a 2018 wyniósł blisko 43 proc., przy 29 proc. wzroście wartości kontraktów przeznaczonych na refundację leków. Wzrost ten w ujęciu procentowym może wydawać się duży, jednak biorąc pod uwagę bardzo niskie wartości bazowe i liczbę leczonych chorych, nadal jest niewielki i nie zbliża nas do poziomu dostępności w innych krajach europejskich.

Przyczyn niskiej dostępności pacjentów do leczenia należy szukać zarówno w bardzo restrykcyjnych kryteriach kwalifikacji do programów lekowych, jak i w przyjętym przez NFZ modelu realizacji i finansowania tego rodzaju świadczeń.

Aby u danego pacjenta można było zastosować lek objęty refundacją w ramach programu lekowego, musi on spełnić restrykcyjne kryteria włączenia, które bardzo często w sposób znaczący odbiegają od rekomendacji polskich i europejskich towarzystw naukowych.

Wycena świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w programach lekowych, a w szczególności wycena przyjęcia pacjenta w trybie ambulatoryjnym, nie pokrywa kosztów prowadzenia chorego. Podobnie sytuacja wygląda w przypadku ryczałtów diagnostycznych, w ramach których finansowane są koszty badań laboratoryjnych, obrazowych oraz konsultacji specjalistycznych, wymaganych podczas kwalifikacji oraz monitorowania pacjenta



Izabela Obarska

w programie lekowym. Niedoścadowanie ryczałtu sprawia, że każdorazowe włączenie i monitorowanie pacjenta w programie lekowym oznacza stratę dla szpitala mogącą sięgać rocznie kilkudziesięciu, a nawet kilkuset tysięcy złotych.

Koleją kwestią, mającą ogromny wpływ na liczbę leczonych, jest dostępność personelu medycznego. Aktualnie, skoro realizacja programów lekowych nie przynosi podmiotom leczniczym korzyści finansowych potrzebnych do dodatkowego wynagradzania pracy lekarzy i pozostałego personelu, brak jest motywacji do włączania nowych chorych. Trudną sytuację polskich pacjentów leczonych w ramach programów lekowych miał zmienić tzw. współczynnik korygujący. W III kwartale 2018 r., tj. w momencie objęcia refundacją kolejnych leków biopodobnych, w tym pierwszego leku biopodobnego w onkologii, płatnik publiczny wprowadził na szeroką skalę współczynnik korygujący do rozliczania świadczeń w programach lekowych. Podniesiona wycena świadczenia miała stanowić zachętę dla szpitali do stosowania najbardziej efektywnych kosztowo terapii, co z kolei, poprzez optymalne wykorzystanie wysokości kontraktu, miało prowadzić do poprawy dostępności pacjentów do leczenia.

Aby współczynnik ten spełnił zakładaną rolę, świadczeniodawca powinien posiadać odpowiednio wysoki kontrakt na świadczenia opieki zdrowotnej lub gwarancję wypłaty tzw. nadwykonań. Tymczasem ośrodki realizujące programy lekowe borykają się z permanentnym niedoszacowaniem wysokości środków na świadczenia.

Jak pokazuje praktyka, współczynnik korygujący wydaje się być obecnie jedynie narzędziem stymulującym producentów do sukcesywnego, stałego obniżania cen leków do wartości umożliwiającej zastosowanie współczynnika przez szpitale. To z kolei generuje kolejne oszczędności w programach lekowych, które bez adekwatnej wysokości kontraktu na świadczenia opieki zdrowotnej oraz braku motywacji finansowej personelu medycznego do prowadzenia coraz większej liczby pacjentów, nie wpłyną na poprawę dostępności do leczenia biologicznego.

## POWSZECHNY I WCZESNY DOSTĘP

Dostęp do terapii biologicznych w reumatologii Polsce nie zmienia się istotnie od wielu lat i pozostaje jednym z najniższych, jeśli nie najniższym w Europie. Wg najnowszych danych leczonych biologicznie jest 1,5 proc. chorych z RZS, 10 proc. z MIZS, 1,8 proc. z ZZSK i 1,1 proc. z ŁZS. Dla chorych z chorobami reumatycznymi w Polsce dostępne są leki równoważne dla czterech leków biologicznych – infliksymabu, etanerceptu, adalimumabu i rytuksymabu. Jest to łącznie 10 leków biopodobnych w różnych wskazaniach klinicznych, chociaż nie wszystkie z nich we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach leku referencyjnego.

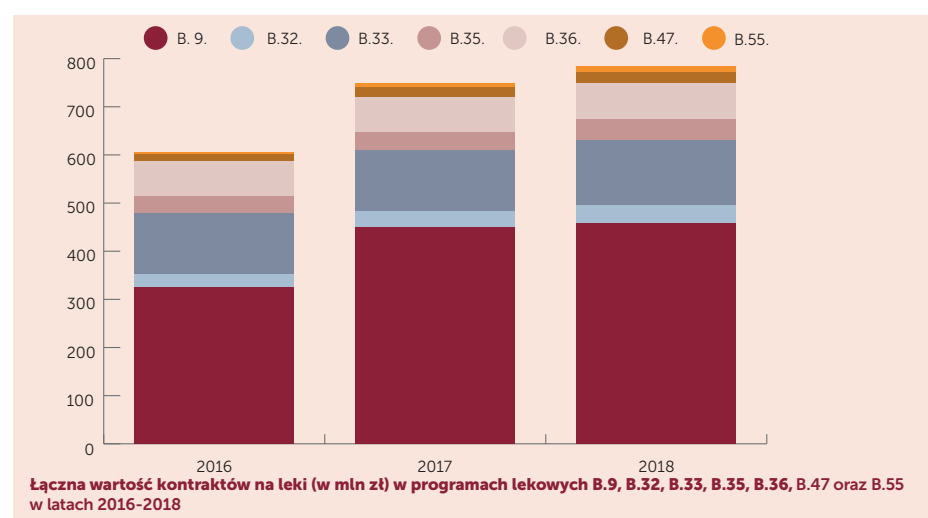
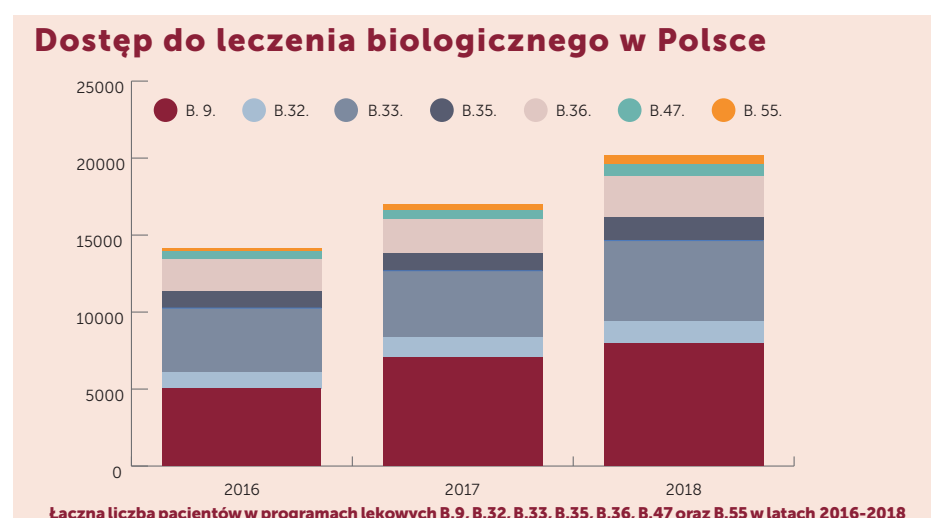
Leki biologiczne równoważne mogą w istotny sposób wpłynąć na rokowanie obecnych i przyszłych pokoleń pacjentów, dając im szansę na normalne życie w pełnej sprawności bez objawów choroby. Osiągnięcie przetomu będzie możliwe, jeśli dostęp do leczenia biologicznego zapewnimy wszystkim pacjentom, którzy tego potrzebują na wczesnym etapie choroby, zanim dojdzie do nieodwracalnego strukturalnego uszkodzenia stawów i związanych z tym powikłań.

W Polsce w odniesieniu do kryteriów programów lekowych najpilniejszą oczekiwaną zmianą byłoby umożliwienie kwalifikacji do terapii pacjentów z RZS z umiarkowaną, a nie tylko dużą, aktywnością choroby. Należy również znieść ograniczenie czasu terapii w programach lekowych, którego skutkiem jest przerywanie skutecznego leczenia i wynikające z tego konsekwencje. Powszechny i wczesny dostęp przyniesie korzyści zarówno indywidualnym pacjentom, jak i całemu systemowi ochrony zdrowia.



Marcin Stajszczak

## WYKRESY NUMERU



# Pomagać pacjentom, repreze i brać udział w podejmowaniu



Bartłomiej Chmielowiec



Mirosław Zieliński



Leszek Borkowski



Monika Zientek



Konstanty Radziwiłł

**Debata redakcyjna mZdrowie.pl wykazała, że organizacje pacjenckie z roku na rok nabierają znaczenia. Widoczne jest ich zróżnicowanie na organizacje lokalne, skupione na bezpośredniej opiece i pomocy świadczonej pacjentom oraz na ogólnopolskie organizacje parasolowe, specjalizujące się raczej w legislacji i komunikacji skierowanej do decydentów. Powinny one mieć mocną pozycję i uczestniczyć we wszystkich działaniach związanych ze stanowieniem prawa. Jednym z najważniejszych zadań tych organizacji jest reprezentowanie pacjentów wobec władzy publicznej, a do tego potrzebna jest silniejsza niż dzisiaj legitymizacja i reprezentatywność — dlatego przydatne będzie powołanie przy RPP rady organizacji pacjenckich.**

W debacie na temat miejsca i roli organizacji pacjenckich w systemie ochrony zdrowia udział wzięli: Rzecznik Praw Pacjenta **Bartłomiej Chmielowiec**, senator **Konstanty Radziwiłł**, **Stanisław Maćkowiak** (Federacja Pacjentów Polskich), **Mirosław Zieliński** (Krajowe Forum na rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN), **Monika Zientek** (Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „Zmajmy się razem”), **Patrycja Rzcudło** (Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej), **dr Leszek Borkowski** (Fundacja Razem w Chorobie), **Jakub Gołąb** (RPP), **Kacper Ruciński** (Fundacja SMA), **dr Marek Woch**.

## BARTŁOMIEJ CHMIELOWIEC

Sprawy, z którymi zwracają się do RPP organizacje pacjentów, dotyczyły w ostatnim czasie kilku istotnych problemów. Pierwszym z nich są postulaty zmian systemowych, takich jak kwestia przechodzenia osoby niepełnoletniej w system opieki nad osobami dorosłymi z chwilą osiągnięcia wieku 18 lat, dostęp do technologii lekowych w ramach procedury RDTL, a także tworzenia rejestrów medycznych. Druga grupa postulatów jest związana z naruszaniem praw pacjentów, co oznacza reagowanie w sprawach indywidualnych lub podnoszenie rozwiązań systemowych, jak na przykład realizowanie przez szpitale standardów organizacyjnych opieki okołoporodowej. Trzecia ważna kwestia — to potrzeby pacjentów, zgłaszanie ich głównie w zakresie polityki lekowej i refundacyjnej.

Dostrzegabym zatem rolę organizacji pacjenckich przede wszystkim jako wspólne z Rzecznikiem Praw Pacjenta działania na rzecz rozwiązywania zgłaszanych problemów. Mam na myśli działanie partnerskie, czyli rozmawianie, wspólne wypracowywanie koncepcji, współpracę. Orga-

nizacje pacjenckie powinny na przykład współuczestniczyć w tworzeniu strategii i planu działania RPP na rzecz bezpieczeństwa i jakości usług zdrowotnych, co oznacza m.in. weryfikowanie procedur stosowanych przez podmioty lecznicze.

## MIROSLAW ZIELIŃSKI

Na pewno jest potrzebna wspólna reprezentacja środowiska pacjenckiego w kwestiach systemowych, takich jak przede wszystkim legislacja, czyli tworzenie nowego prawa. Musi tu nastąpić pewna specjalizacja. Wiele organizacji wspaniale działających na poziomie lokalnym, podstawowym, w bezpośrednim kontakcie z pacjentem i dbającym o jego potrzeby, nie posiada kompetencji, aby zajmować się legislacją. Tym powinny się zajmować organizacje o „większej sile rażenia”, ogólnopolskie, posiadające wiedzę i doświadczenie, do których takie lokalne mogą się zapisać i zgłaszać swoje uwagi, a dzięki temu uzyskać reprezentację i wpływ na to, co się dzieje. Już dzisiaj wybór takich parasolowych organizacji jest szeroki, a polskie prawo przewiduje dla nich odpowiednie formy.

## LESZEK BORKOWSKI

Chciałbym przede wszystkim powiedzieć, że pan Bartłomiej Chmielowiec oraz pan minister Konstanty Radziwiłł zrobili bardzo dużo dla organizacji pacjenckich. Moim zdaniem pomysł powołania rady organizacji jest świetny. Ważne jest, że taka rada posłużyłaby także do konsolidacji tego środowiska, a to jest bardzo potrzebne, ponieważ — jak wiemy — organizacje pacjenckie są niestety skłócone. Model takiej konsolidacji funkcjonuje w krajach europejskich i przynosi dobre efekty.

Fundacja, którą reprezentuję, opiera wszystkie swoje działania na wolontariacie. Trzymamy się zasady, że dla nikogo działalność w fundacji nie stanowi źródła przychodu. Muszę powie-

zieć, że nie jest to łatwa strategia. Zwłaszcza kiedy mamy do czynienia z dużymi projektami, kiedy zaangażowane osoby po pewnym okresie pracy nie mogą już ofiarować więcej czasu na rzecz fundacji, ponieważ mają swoje inne obowiązki zawodowe czy rodzinne.

## MONIKA ZIENTEK

Ja również popieram pomysł powołania rady organizacji, tym bardziej że minęły już prawie dwa lata od powołania Rzecznika Praw Pacjentów. Widziałabym w niej również miejsce dla działań edukacyjnych, poszerzania wiedzy osób zaangażowanych w działalność na rzecz pacjentów oraz wymiany doświadczeń. Ktoś, kto rozpoczyna tę pracę, ma zwykle bardzo niewielką wiedzę, a co za tym idzie potrzebuje się wielu rzeczy nauczyć, potrzebuje wsparcia i pomocy. Brakuje nam teraz takiego miejsca i rada mogłaby te potrzeby zaspokoić.

## KONSTANTY RADZIWIŁŁ

Z punktu widzenia systemu organizacje pacjenckie powinny mieć prawo wypowiedzenia się, choć oczywiście opinie poszczególnych organizacji czy też ewentualnie nowej rady przy RPP nie mogą mieć charakteru wiążącego. Natomiast absolutnie uzasadnione jest dopuszczanie ich do procesów podejmowania decyzji. Ich reprezentanci są dziś obecni w Radzie Przejrzystości AOTMiT. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby przedstawiciel organizacji pacjentów zasiadał również w Komisji Ekonomicznej. Powinni także uczestniczyć w procesie rozstrzygnięcia o pozasądowej odpowiedzialności i odszkodowaniach za błędy medyczne. Również w radzie nowo powstałej Agencji Badań Medycznych mógłaby być taka osoba. Wszędzie, gdzie istnieją gremia reprezentujące różne grupy interesariuszy w ochronie zdrowia, należy przedstawicieli pacjentów zapraszać.

# ntować ich interesy u decyzji



Stanisław Maćkowiak



Patrycja Rzucidło



Marek Woch



Jakub Gołąb



Kacper Ruciński

Fundamentalną sprawą jest transparentność działania. Nie jest przecież tajemnicą, że wiele spośród nich ma ściste związki z szeroko rozumianym przemysłem medycznym, głównie farmaceutycznym.

## STANISŁAW MAĆKOWIAK

Dwa podstawowe, dostępne źródła finansowania działalności organizacji pacjenckich – to albo fundusze publiczne, albo pieniądze od firm farmaceutycznych. Przy czym ktoś, kto zaczyna taką działalność, ma w pierwszym okresie działalność właściwie zamkniętą drogą do pieniędzy publicznych, ponieważ w kryteriach zwykle jest wymagane doświadczenie i udokumentowana historia działania. W Polsce praktycznie nie mamy możliwości finansowania ze składek członkowskich – nasi członkowie są na to po prostu zbyt biedni. Z kolei idea zbierania pieniędzy z odpisu 1 procenta podatku została wypaczona, gdyż te pieniądze idą przeważnie na wsparcie konkretnych pacjentów albo są zbierane przez duże fundacje założone przez media. Jeśli natomiast konkretna firma przekazuje organizacji pozarządowej pieniądze, to oczekuje konkretnych działań, wykonania projektu i jego rozliczenia. Warto spojrzeć na wzorce unijne – European Patients Forum otrzymuje dotacje unijne, ale warunkiem jest, aby jego dochody były zróżnicowane, przychody z przemysłu nie mogą przekraczać połowy budżetu.

## PATRYCJA RZUCIDŁO

Kiedy mówimy o wpływie organizacji pacjentów na działania instytucji publicznych pojawia się problem reprezentacji i symetrycznego traktowania wszystkich pacjentów. Dzisiaj zdecydowana większość aktywnych organizacji zajmuje się onkologią, a przecież ludzie chorują nie tylko na nowotwory.

Wśród organizacji pacjenckich obserwujemy trend do profesjonalizacji, tworzenia struktur i zespołów. Potrzeba profesjonalizacji jest bardzo duża, co przekłada się na potrzebę edukacji, wymiany wiedzy i doświadczeń, co następuje dzięki organizacjom parasolowym oraz innym inicjatywom gromadzącym wiele organizacji na jednej platformie. W tym kontekście inicjatywa powołania rady przy Rzeczniku Praw Pacjenta jest bardzo dobra, ponieważ może zaspokoić te potrzeby.

Jest jeszcze jeden trend, który warto wskazać, a mianowicie potrzeba rozszerzenia organizacji pacjenckich na rodziny i opiekunów osób chorych. Ich rola będzie rosta, dlatego potrzebne są także działania, które pozwolą zaspokoić ich potrzeby.

## MAREK WOCH

Kilka lat temu wydany został raport o konsultacjach społecznych procesu legislacyjnego w ochronie zdrowia, z którego wynikały druzgocące wnioski. Wykazano, że konsultacje społeczne były właściwie pozorowane, a resort zdrowia i NFZ zamykały się na organizacje społeczne, traktując je jako lobbystów. Nikt jednak nie wykazał, że pacjenci mieliby przeszkadzać w procesie legislacji i podejmowania decyzji przez urzędy. Zarówno prezes NFZ Andrzej Jacyna jak i minister Konstanty Radziwiłł uznali wówczas, że sytuacja wymaga zmiany. Między innymi dlatego właśnie został powołany pełnomocnik prezesa NFZ do kontaktów z organizacjami pozarządowymi – byłem nim przez trzy lata, aktualnie jestem na urlopie, ponieważ biorę udział w kampanii wyborczej.

Jedną z ról tych organizacji jest reprezentowanie pacjentów wobec władzy publicznej. Dzięki nim urzędnicy i decydenci mogą dowiedzieć się, jaka jest rzeczywistość i jak wygląda codzienne życie osób chorych, jakie mają potrzeby i jakie są praktyczne skutki podejmowanych centralnie decyzji.

Potwierdzam spostrzeżenie, że następuje proces profesjonalizacji tych organizacji. Chcą one uzyskać mocniejszą pozycję w procesie podejmowania decyzji. Dlaczego tak się dzieje? – bo ludzie w nich pracujący po prostu wiedzą, jak coś powinno wyglądać. Natomiast osoby reprezentujące „system” niestety coraz częściej zamykają się na wnioski z zewnątrz, prawdopodobnie w przekonaniu, że wiedzą lepiej – a to często nieprawda. Aby proces konsultacji był skuteczny i spełniał swoją rolę, potrzebne są dwie podstawowe sprawy – wypracowanie zasad wyłaniania reprezentacji tego środowiska oraz stworzenia mechanizmu ich finansowania, który pozwoli im funkcjonować a jednocześnie zachować niezależność.

## JAKUB GOŁĄB

Ważne jest, aby organizacje pacjenckie nie zajmowały się lobbymingiem – cały czas czekamy na dobre uregulowanie tego obszaru, ponieważ obowiązująca ustawa o lobbymingu jest de facto martwa.

W interesie wszystkich stron jest, aby organizacje działały transparentnie i zachowywały niezależność, zajmując się prowadzeniem opieki nad pacjentami i reprezentowaniem ich potrzeb, a nie realizacją projektów finansowanych przez przemysł. W mojej ocenie także przemysł tego oczekuje, aby uniknąć podejrzeń czy zarzutów, związanych z realizacją swoich interesów przez organizacje pacjenckie. Jeśli z takim finansowaniem mamy do czynienia, zawsze powinno to być przejrzyste komunikowane partnerom i opinii publicznej.

## KACPER RUCIŃSKI

Uważam, że w naszych polskich rozwiązaniach, zamiast na nowo wymyślać koto, powinniśmy wzorować się na krajach, które mają o wiele dłuższą tradycję partycypacji społecznej. Dla przykładu w Wielkiej Brytanii dzieje się tak, że w każdym procesie HTA przed rozpoczęciem procedury oceny nowej technologii medycznej agencja zaprasza na spotkanie wszystkie istniejące organizacje, których istnienie ma świadomość. Nowopowstałe organizacje także mogą się zgłosić. Chodzi o identyfikację wszystkich stron zainteresowanych danym procesem, jeszcze zanim ten proces się zacznie. Nie ograniczają się do organizacji parasolowych, których rolą jest przekazywanie merytorycznej wiedzy w wąskim zakresie, przede wszystkim w procesie stanowienia prawa.

Mamy do czynienia z wieloma organizacjami działającymi w wąskich dziedzinach, którym brak wiedzy ogranicza możliwości rozwoju. W wielu przypadkach brakuje profesjonalizmu, o którym mówiliśmy. Próbują reprezentować chorych, ale nie wiedzą, jak to robić, ani jak uzyskać dostęp do potrzebnych zasobów.

Partnerzy debaty



# Potrzebna całościowa wizja systemu

**Gdybyśmy żyli w świecie idealnym, powinien zostać podpisany ponadpartyjny pakt opisujący najważniejsze kierunki działania. Tak, aby przez kolejne kilkanaście lat, niezależnie od układu politycznego, wprowadzane zmiany były spójne i zmierzały ku sprecyzowanym celom.**



## — Od czego zacząć zmiany systemu?

— Najważniejsze są zmiany w POZ oraz w szpitalach. I w AOS... Trzeba zmienić cały układ, nie mogę wskazać jednej pojedynczej zmiany, która naprawi system. Na przykład, aby poprawić sytuację na SOR-ach, które jak w soczewce ogniskują kłopoty z polską ochroną zdrowia, trzeba objąć działaniami naprawczymi wiele innych elementów systemu, w tym zreformować Nocną i Świąteczną Opiekę Lekarską poszerzając ją o element ambulatoriów zabiegowych w niektórych miejscach. Należy też przedyskutować jej usytuowanie. Nie można też zapominać o kadrach. Należy wreszcie zająć się sposobami płatności za świadczenia medyczne odchodząc od prostych modeli płatności za usługę (fee for service) i czystej kapitacji na rzecz modeli opartych na wyniku zdrowotnym, a więc płatności pakietowych czy płacenia za efekt opieki. Na koniec pomyśleć trzeba o nowych formach dofinansowania ochrony zdrowia w postaci ulgi podatkowej, dodatkowych ubezpieczeń, płatności za usługi ponadstandardowe, podatku Garattiniego czy nawet wzrostu składki zdrowotnej.

## — Czy szpitale w Polsce mamy zbyt dużo?

— Widać, że niektóre szpitale są w złej kondycji. Wiąże się to, przynajmniej częściowo, z faktem, że jest ich zbyt dużo i po prostu dla wszystkich nie starcza finansowania. Jak pokazują statystyki, Polska ma zdecydowany nadmiar łóżek ostrych krótkoterminowych, a zdecydowany niedobór tych długoterminowych. Nie mówię więc o zamykaniu szpitali, ale o ich przekształcaniu w placówki opieki długoterminowej oraz budowaniu wokół szpitali powiatowych całej infrastruktury centrów powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego, prowadzących także diagnostykę, rehabilitację, usługi opiekuńcze.

## — Czyli powinniśmy przebudować sieć.

— Trzeba założyć, że szpital powiatowy obejmuje swoją opieką określoną liczbę osób mieszkających na tym terenie. Jeśli populacje pod opieką sąsiadujących ze sobą szpitali są zbyt małe, jeden z nich powinien zostać przekształcony, np. w placówkę opiekuńczą czy rehabilitacyjną. Warto pracować nad tworzeniem ośrodków,



*Nie unikniemy potężenia systemu ochrony zdrowia i systemu opieki społecznej.*



które koordynowałyby opiekę społeczną i zdrowotną nad seniorami na poziomie powiatów. Szpitale powiatowe — to naturalne miejsce na siedzibę takich centrów opieki senioralnej.

## — Ambulatoryjna opieka specjalistyczna?

— Trzeba zgrać działania AOS i POZ, które dzisiaj funkcjonują osobno. Powinny u nas funkcjonować dwa rodzaje AOS — przy szpitalach oraz jako osobne przychodnie. Przychodnie przyszpitalne powinny służyć do kwalifikacji pacjentów do leczenia szpitalnego, opieki po hospitalizacji oraz leczenia najtrudniejszych przypadków i chorób rzadkich. Natomiast drugi rodzaj przychodni specjalistycznych powinien ściśle współpracować z POZ.

## — Jak usprawnić POZ?

— Lekarz POZ nie może być wynagradzany na zasadzie czystej składki kapitacyjnej. To jest system antymotywacyjny, nie spotykany w innych krajach europejskich. Kapitacja powinna wynosić 50-60 proc. wynagrodzenia za podstawową opiekę zdrowotną, a pozostała część musi wynikać z podejmowanych działań, profili pacjentów, efektywności itd. Jestem za tym, aby POZ otrzymywał więcej pieniędzy — ale za konkretne działania, a nie w formie prostego podnoszenia stawki kapitacyjnej.

## — Dofinansowania wymaga także opieka specjalistyczna.

— Aby dokonana się ambulatoryjna opieka, a więc jej przeniesienie na niższy od szpitalnego poziom, ambulatoryjne procedury specjalistyczne muszą być lepiej wycenione. Wiele z nich jest dzisiaj tak słabo opłacanych, że ich wykonywanie nie ma sensu z punktu widzenia finansowego. Ze zmianami w opiece ambulatoryjnej muszą też być skorelowane zasady działania oddziałów ratunkowych. Powinniśmy ograniczyć liczbę szpitali działających „na

ostro” — bo nieporozumieniem jest sytuacja, w której każdy szpital musi dyżurować.

## — Wdrażanie polityki lekowej?

— W obszarze leków mamy dziś z jednej strony nadmiar refundowanych generyków, z drugiej ograniczenia w dostępie do leków innowacyjnych oraz nie działający program wczesnego dostępu do terapii „compassionate use” i ogromne prywatne wydatki ponoszone na suplementy diety o nieudowodnionej skuteczności oraz leki OTC. Kanat wykorzystywania nowych terapii trzeba udrożnić. Powinniśmy w tym celu szeroko wprowadzać elementy dzielenia ryzyka, na podstawie rejestrów wykazujących efekty leczenia, czyli tzw. managed entry agreements.

## — Iść włoską ścieżką.

— Wprowadziłbym także podatek Garattiniego, czyli od działań marketingowych firm farmaceutycznych, w odniesieniu do leków, preparatów OTC oraz suplementów diety. Byłoby to dodatkowe źródło zasilające budżet oraz racjonalizujące działania w ochronie zdrowia służące finansowaniu innowacyjnych terapii, np. za pośrednictwem Agencji Badań Medycznych. Myślę, że część wpływów z tego podatku mogłaby także posłużyć do stworzenia specjalnego funduszu finansującego działalność organizacji pacjenckich, na wzór systemu finansowania partii politycznych.

## — Gdyby wskazać strategiczny kierunek zmian w systemie ochrony zdrowia...

— Nie unikniemy potężenia systemu ochrony zdrowia i systemu opieki społecznej. Te usługi stają się coraz bardziej ze sobą powiązane, w miarę jak społeczeństwo się starzeje i wydłuża się życie obywateli. Dlatego docelowo powinno powstać ministerstwo polityki zdrowotnej i społecznej.

(cały tekst wywiadu jest dostępny na [www.mzdrowie.pl](http://www.mzdrowie.pl))

**PIOTR CZAUDERNA** profesor, chirurg dziecięcy, prezes Agencji Badań Medycznych, koordynator sekcji zdrowia Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP, kierownik kliniki w Katedrze i Klinice Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

## Novartis i Microsoft po sztuczną inteligencję

Firmy podpisały umowę o współpracy dotyczącą wykorzystania algorytmów sztucznej inteligencji do rozwoju nowych terapii. AI może pomóc w przyspieszeniu badań klinicznych i usprawnić cały proces tworzenia nowych leków. Dane nieustrukturyzowane, czyli np. notatki laboratoryjne, artykuły z publikacji medycznych i rezultaty prób klinicznych, najczęściej przechowywane są na systemach nie połączonych ze sobą – przez co próby scalenia informacji są nie raz poważnie utrudnione lub wręcz niemożliwe. Zastosowanie sztucznej inteligencji pozwala na analizę dużych ilości informacji i znalezienie nowych korelacji między nimi.

formatyzację. Nie będzie potrzeby modyfikowania istniejących systemów szpitalnych. Dane będą pozyskiwane do rejestru w różnych formatach, dzięki narzędziom informatycznym wykorzystującym algorytmy sztucznej inteligencji.

## ABM zaczyna od 100 mln



Radostaw Sierpinski

W pierwszym konkursie na granty badawcze Agencji Badań Medycznych finansowanie dotyczy wyłącznie badań niekomercyjnych. Agencja przeznaczyła 100 mln zł na projekty z zakresu pediatrii, neonatologii, neurologii, hematologii, radioterapii, onkologii oraz kardiologii.

Konkurs przewiduje preferencje za udział podmiotów zagranicznych w konsorcjum badawczym, doświadczenie, a także „premię patriotyczną” za badanie technologii medycznych wytwarzanych w Polsce.

W 2020 roku budżet ABM wyniesie 350 mln zł. Planowane są także konkursy nielekowe – m.in. na urządzenia medyczne i badanie zastosowań sztucznej inteligencji w medycynie.

## Telemedycyna rodzinna

Lekarze rodzinni będą mogli udzielać konsultacji telefonicznie, a nie tylko w formie tradycyjnych wizyt. „To jednak lekarz zdecyduje, czy w ostateczności konieczna będzie wizyta w gabinecie, czy



Janusz Cieszyński

jednak wystarczy konsultacja telefoniczna” – mówi wiceminister Janusz Cieszyński. Rozporządzenie dotyczyć ma konsultacji z lekarzami rodzinnymi rozliczanych ryczałtem, a zatem nie spowoduje skutków finansowych dla płatnika.

## eKRN+ za 3 lata

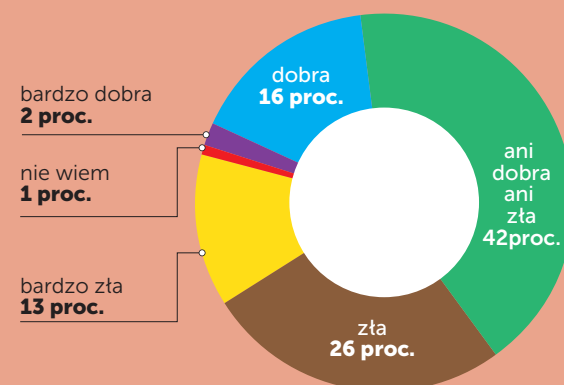


Jan Walewski

Za trzy lata Krajowy Rejestr Nowotworów ma być w pełni z informatyzowany i stanowić część zintegrowanej platformy rejestrów onkologicznych. Dzięki pełnej integracji ze źródłami danych lekarze nie będą brać udziału we wprowadzaniu i wymianie danych. Fundamentem będzie hurtownia danych pochodzących ze wszystkich

rejestrów i innych źródeł. Zakłada się całkowite odejście od papierowych dokumentów i pełną in-

## Ogólna ocena opieki zdrowotnej w Polsce



Źródło: Siemens Healthineers

## I PO WYBORACH...

### Wygrał najlepiej napisany program, ale...



Robert Motdach

Najbliższy rok pokaże, czy pacjenci dobrze wybrali. Krajobraz ochrony zdrowia po wyborach zależy od tego, jak skutecznie przyszły rząd będzie potrafił przelać hasła wyborcze na działania. Jeśli miałbym wskazać trzy obszary takich działań, powinny nimi być: skuteczna profilaktyka zdrowotna, deinstytucjonalizacja opieki łącznie z rozwojem opieki środowiskowej i zmianą zadań szpitali oraz zamiana świadczeń zdrowotnych o niskiej wartości na świadczenia o wysokiej wartości. Na poziomie hasła to i dobrze brzmi, i uzyskuje szerokie poparcie. Gorzej na poziomie wykonania.

Podtrzymuję swoją ocenę sprzed wyborów, że program PiS w obszarze ochrony zdrowia został napisany w sposób najbardziej przemyślany i dojrzały. Brak mu jednak strategicznego, transformacyjnego podejścia. To, czy wygrana PiS w wyborach

to trafiony dla pacjentów wybór pokaże już najbliższy rok. Jeśli spojrzeć na pierwszy rok rządu PiS w poprzedniej kadencji, to umowy się, że nie był on przepiękny optymalnymi decyzjami.

### Radykalnych zmian nie będzie, chyba że...



Jerzy Gryglewicz

Co nas czeka w najbliższej kadencji? W gruncie rzeczy jeszcze nie wiemy. Mieliliśmy w kampanii wyborczej festiwal obietnic i deklaracji, ale w większości wypadków były niekonkretne, szczególnie brakowało całościowej wizji naszego systemu ochrony zdrowia w przyszłości. Z jednym wyjątkiem – Konfederacji, która akcentowała konieczność istnienia prywatnych, konkurujących ze sobą płatników i urynkowania sektora. Tyle, że wynik Konfederacji nie umożliwi jej raczej samodzielnego przeforsowania własnej wizji.

Wygrał PiS i z natury rzeczy po takim wyniku należałoby się spodziewać kontynuacji

obecnej polityki. Tej faktycznie prowadzonej przez ostatnie cztery lata. A rządzący w ostatniej kadencji nie dokonali gruntownej reformy systemu. Na dodatek w kampanii wyborczej unikali zapowiedzi radykalnych zmian w sektorze ochrony zdrowia. Wiele zatem wskazuje, że pozostaniemy przy systemie hybrydowym, łączącym cechy budżetowego i ubezpieczeniowego. I radykalnych zmian nie będzie.

### Całościowej wizji brak i chyba tak pozostanie...



Ewa Książek-Bator

Bardzo obawiam się tego, że nie zmieni się nic. To znaczy, że przy braku całościowej wizji zmian ochrony zdrowia – rząd koncentrować się będzie musiał na „gaszeniu pożarów”. W polityce partii rządzącej w ostatniej kadencji obserwowaliśmy wyczekiwanie i wahanie. Po początkowym silnym akcencie na budowę sieci, wprowadzanie coraz większej ilości elementów systemu budżetowego – był moment zawahania, zatrzymania kroków zmierzających ku niemu, docenie-

nia roli sektora prywatnego, wycofania się z projektu likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia. Nic w tej autorefleksji złego, ale skutek jest taki, że całościowej wizji, całościowego programu – ciągle brak. I chyba... tak już zostanie.

### Obawy mniejsze niż poprzednio, nadzieje większe...



Andrzej Sokotowski

Wynik wyborów określiłbym, z naszego punktu widzenia, jako neutralny. Prędzej czy później rządzący biorą pod uwagę fakt, że współpraca między sektorem publicznym i prywatnym jest efektywniejsza niż konfrontacja między tymi sektorami. Dlatego do obecnej kadencji podchodzimy z mniejszymi obawami niż do poprzedniej. I nie dość, że z mniejszymi obawami, to i większymi nadziejami. Na to, że w Polsce powstanie system, w którym znajdzie się więcej miejsca dla ubezpieczeń prywatnych i takich też płatników. Wiem, że to trudne, ale – wciąż uważam, że możliwe.

## Straty technologiczne przy podawaniu leków

Technologiczne straty powstające w liniach dożylnego podawania leku wahają się pomiędzy pięcioma a nawet piętnastoma procentami jego ilości. Co za tym idzie, również do kilkunastu procent dochodzą koszty ponoszone przez szpital.

Narodowy Fundusz Zdrowia płaci bowiem tylko za lek podany pacjentowi. Nie refunduje tego, co zostało zużyte w trakcie podania, chociaż nie zostało zaaplikowane pacjentowi lub też pozostało niezaużyte w opakowaniu. Dlatego straty, które występują z przyczyn technicznych i nie mogą być przez szpital rozliczone, stają się dla niego dodatkowym obciążeniem finansowym.

Szczególnie dla tych szpitali, które specjalizują się w leczeniu najdroższymi lekami, jak choćby w hematologii, łączna suma nier refundowanych strat technologicznych oznacza rocznie znaczące koszty. Muszą być one pokryte z budżetu szpitala. To jest jedna z przyczyn, dla których szpitale nie zabiegają o znaczące zwiększenie liczby pacjentów prowadzonych w ramach programów lekowych przy użyciu bardzo drogich leków podawanych dożylnie.

Problem strat technologicznych dotyczy również niektórych leków podawanych pacjentom w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych. I również nie motywuje szpitali do szerokiego stosowania tej ścieżki dostępu pacjenta do leczenia.



Robert Zawadzki

Wiceprezes Magodentu Robert Zawadzki przypomina, że kilkanaście lat temu rozliczenia z NFZ zakładały dodatkowe kwoty wypłacane szpitalom na pokrycie strat technologicznych. W kolejnych latach zasady finansowania zostały zmienione na niekorzyść szpitali. Obecnie zużycie leku jest bardzo skrupulatnie rozliczane, m.in. według wagi ciała lub powierzchni ciała pacjenta. W rozliczaniu programów lekowych ani chemioterapii nie obowiązuje zasada bezlimitowości, która generalnie dotyczy leczenia onkologicznego.

W specjalistycznych placówkach apteki szpitalne z wydzielonymi pracownikami leku cytostatycznego opracowują możliwe efektywne technologie przygotowania i podawania leków. Racjonalizacja gospodarki lekami obejmuje m.in. grupowanie pacjentów na terapie rzadkie, co ogranicza ilość niewykorzystanych substancji. Jednak mimo stosowania nawet

najbardziej efektywnych zasad nie zawsze jest to możliwe.

Jacek Graliński (Amgen) sugeruje zmianę zasad rozliczeń NFZ i uwzględnianie strat technologicznych powstających w czasie podawania wybranych leków. W wielu przypadkach straty są bowiem nie do uniknięcia, niezależnie od wysiłków szpitala, który stara się wykorzystywać do maksimum opakowania leków i racjonalizować gospodarkę lekami, ale mimo to pewne straty musi zanotować.



Marcin Czech

Również prof. Marcin Czech (IMiD) zwraca uwagę, że straty są udokumentowane i racjonalnie uzasadnione stosowanymi technologiami. Wynikają z określonych terapii i występują w mniej niż połowie programów lekowych. Dlatego jego zdaniem warto, aby NFZ zaadresował ten problem i poszukał rozwiązania, które znajdzie swoje odzwierciedlenie w zasadach finansowania konkretnych terapii.

## co się wydarzy

**25 listopada 2019 r.** w Warszawie odbędzie się konferencja naukowo-systemowa „Choroby Rzadkie – diagnostyka i leki dedykowane ich terapii – Wyzwania dla Polski 2020”. Zaproszeni goście podejmą temat diagnostyki i dostępu do leków sierocych. Wynikiem merytorycznej dyskusji będzie zdefiniowanie kierunków i podejścia do terapii, której końcowymi efektami powinny być m.in.: włączenie rzadkich chorób i leków stosowanych w ich terapii do polskiego porządku prawnego, wpisanie działań na rzecz poprawy terapii chorób rzadkich w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia określającym polskie priorytety zdrowotne; jak najszybsza nowelizacja ustawy refundacyjnej wprowadzająca: ograniczenie stosowania kryterium QALY przy ocenie HTA i w postępowaniach refundacyjnych dotyczących leków dedykowanych chorobom rzadkim; wprowadzenie multi-kryterialnej oceny leków na choroby rzadkie przy ograniczonym stosowaniu kryterium QALY w postępowaniach refundacyjnych i utworzenie specjalnie wydzielonego funduszu na te leki. Organizatorem konferencji jest Krajowe Forum na Rzecz Terapii Chorób Rzadkich – Orphan. Portal mZdrowie jest patronem medialnym konferencji.



## Tymczasem w Brukseli...

### Nowy komisarz, nowe podejście – do starych problemów

Cyprijka Stella Kyriakides, psycholog medyczny z wieloletnim doświadczeniem w dziedzinie spraw społecznych, zdrowia i profilaktyki raka zostanie Komisarzem ds. Zdrowia w nowej Komisji Europejskiej. 63-letnia Kyriakides jest pacjentką z rakiem piersi, córką pacjentki z rakiem piersi i była przewodniczącą najważniejszej grupy pacjentów z rakiem piersi na kontynencie – Europa Donna. Od 2017 r. była też przewodniczącą cypryjskiej komisji ds. strategii walki z rakiem. W związku z tym jej nominacja na nowego Komisarza ds. Zdrowia może być sygnałem, że sprawy pacjentów będą stawiane na pierwszym miejscu.

W liście określającym misję nowego komisarza ds. zdrowia prze-

wodnicząca Komisji Europejskiej Ursula von der Leyen poprosiła o skoncentrowanie się na zapewnieniu dostaw niedrogich leków, nowych przepisach dotyczących sprzętu medycznego, europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia („Health Data Space”), planie działania w sprawie oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe, lepszej komunikacji dotyczącej szczepień, strategii żywności „from farm to fork” oraz planie działania w sprawie chorób onkologicznych. Oznacza to, że te sprawy będą najprawdopodobniej priorytetem dla nowej Komisji Europejskiej.

Jako kandydatka na komisarza Stella Kyriakides została przesłuchana przez Komisję



ds. Ochrony Środowiska Naturalnego, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności (152 europostów) razem z Komisją ds. Rolnictwa i Rozwoju Wsi (94 europostów) Parlamentu Europejskiego.

Z wypowiedzi Stelli Kyriakides na temat onkologii widać wyraźnie, że będzie chciała silnie powiązać ten temat z innymi dziedzinami zdrowia publicznego. Nie oznacza to, że poprzednie podejście przestanie obowiązywać, ale na pewno obecna strategia walki z rakiem zostanie rozszerzona. Nowa Komisarz pragnie również postawić na współpracę transgraniczną w zakresie badań pediatrycznych oraz na konieczność przestrzegania istniejących protokołów leczenia raka.

**W grudniu** Modern Healthcare Institute, wydawca portalu mZdrowie.pl, organizuje debatę redakcyjną poświęconą Narodowej Strategii Onkologicznej. Spotkanie będzie miało charakter dyskusji eksperckiej, warsztatowej, w której uczestniczą przedstawiciele wszystkich istotnych grup interesariuszy.



**W styczniu 2020** odbędzie się kolejna konferencja „Polityka Lekowa – Update”, poświęcona monitorowaniu i analizie jak wdrażany jest strategiczny dokument rządowy Polityka Lekowa Państwa 2018–2022.