



MAGAZYN POLSKIEJ GRUPY FARMACEUTYCZNEJ PGF

bez recepty

[Aktualności](#)
[Styl życia](#)
[Uroda](#)
[Zdrowie](#)
[Poradnik](#)
[Wizyta w aptece](#)

[Bieżący numer](#)
[Archiwum](#)
[Kontakt](#)

Polityka lekowa państwa

Agata Domańska

Polityka lekowa to temat, który wciąż budzi mnóstwo emocji. Nic dziwnego - stawką, oprócz ludzkiego zdrowia, są też duże pieniądze. Co piąta złotówka, wydana przez państwo na zdrowie, przeznaczana jest na leki.

Każda firma produkująca leki robi niemal wszystko, aby jej produkty znalazły się na liście leków refundowanych. Daje jej to nie tylko przewagę w stosunku do konkurentów, ale pozwala też ustalać cenę znacznie powyżej możliwości portfeli chorych - ponieważ za leki płaci nie pacjent, a Narodowy Fundusz Zdrowia. Dlatego, by uniknąć manipulacji rynkiem leków, główną zasadą państwowej polityki lekowej miała być jej transparentność - jasny i zrozumiały system, według którego leki wpisywane byłyby na listę środków refundowanych lub też z niej skreślane. Ministerstwo Zdrowia podjęło się wprowadzenia transparentności procedur. - Proces ten podzielony został na trzy etapy, każdy z nich obejmie inną grupę leków - mówi Piotr Błaszczyk, dyrektor Departamentu Polityki Lekowej w Ministerstwie Zdrowia. - Przykładowo, trzeci etap obejmie opracowanie procedur dla wszystkich stosowanych w lecznictwie płynów - choć stanowią one tylko 2 proc. listy leków, to wciąż obejmuje ona aż 80 pozycji.

Zgodnie z WHO

Jednym z założeń skutecznej polityki lekowej było to, oprócz jej transparentności, by przy podejmowaniu decyzji o umieszczaniu leków na wykazach brać pod uwagę ich konkurencyjność cenową (czyli koszt terapii w stosunku do skuteczności) oraz ich efektywność (czyli czas terapii). Kolejnym założeniem była decyzja, by w pierwszej kolejności na wykazy refundacyjne trafiały produkty lecznicze z opracowanej przez WHO listy leków podstawowych, zawierającej głównie leki umożliwiające skuteczne leczenie, zmniejszające śmiertelność i poprawiające jakość życia. -Prace nad ustaleniem państwowej polityki lekowej zaczęły się rok temu - mówi Piotr Błaszczyk.



- Stworzony został plan, obejmujący okres 2004-2008. W jego ramach minister zdrowia ma obowiązek określić maksymalny pułap cen na leki, mające istotny wpływ na leczenie w lecznictwie zamkniętym. Zgłaszane są do niego wnioski o umieszczenie leków na liście leków refundowanych. Postęp negocjacji przedstawia się imponująco - 96 leków na 118 zgłoszonych już zostało poddanych rozprawie i podjęto wobec nich decyzje. No i oczywiście chcemy, by jedną z zasad ustalania leków refundowanych była lista podstawowych leków ogłoszona przez WHO. One już są w ponad 90 procentach refundowane w Polsce, a więc są na liście leków podstawowych, czyli tych, które można kupić na ryczałt. Dodatkowo, zdaniem Piotra Błaszczyka, pod względem negocjacji międzynarodowych w sprawie cen leków ministerstwo zbliżyło się do upragnionej sytuacji - udało się wynegocjować dobre, ok. jednej piątej niższe, ceny na wiele specyfików. Podpisana została także umowa, mówiąca, jak ma być przekazywana informacja podmiotom prawnym, które zajmują się wprowadzaniem leków na rynek. - Wybrano także cząsteczki, które będą refundowane, a zatem także refundowane będą produkowane z nich leki. Przykładem jest choćby heparyna i wszystkie jej preparaty - dodaje Piotr Błaszczyk. - Co miesiąc wydawane są rozporządzenia ministra zdrowia, mówiące o już opracowanej części zagadnienia. Pracujemy też nad stworzeniem negatywnego wykazu leków. Co więcej? - Minister przygotował zmiany w systemie refundacji leków - twierdzi Piotr Błaszczyk. - Projekt ten znajduje się w rękach Rady Ministrów i czeka na decyzję, czy zostanie przyjęty. Jednak nie wszyscy są zadowoleni z postępów pracy ministerstwa. - Przeanalizowałam naszą listę leków refundowanych, ale nie znalazłam tam od siedmiu lat ani jednej nowej cząsteczki - mówi Ewa Kopacz, posłanka z ramienia PO. - Jeśli na liście leków refundowanych od lat nie zaistniało nic nowego, to o jakich oszczędnościach mówimy? Nic dziwnego, że choć ceny leków są obniżane, koszty terapii rosną. I dodaje: - W Polsce nie ma polityki zdrowotnej, której narzędziem jest polityka lekowa. Ale jest polityka cenowa. I to mnie przeraża.

Instrumenty polityki lekowej

Jednym z nich jest propozycja, by Urzędowi Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPLWMIpB) zapewnić organizację i środki, aby dopuszczanie do obrotu produktów leczniczych odbywało się bez zbędnej zwłoki. Obejmowałoby to stworzenie elektronicznego obiegu dokumentacji, umożliwiającego nadzorowanie procesu rejestracyjnego i usprawnienie przepływu informacji między URPLWMIpB a Ministerstwem Zdrowia. To powinno pozwolić na sprawne umieszczanie w wykazach leków refundowanych środków, których zastosowanie obniży koszt terapii.

- Polskie preparaty czekają zbyt długo na rejestrację, co sprawia, że nie mają szans - uważa Ewa Kopacz. - Urzędy pracują zbyt opieszale, a nasze procedury są przestarzałe. Dr Krzysztof Tronczyński, dyrektor medyczny Szpitala Czerniakowskiego w Warszawie, proponuje rozwiązanie tej sytuacji. - Potrzebne jest utworzenie nowego urzędu czy raczej agencji, w celu wdrażania nowych leków generycznych - uważa. - Sposoby finansowania takich agencji znane są z doświadczeń zagranicznych. Wraz z wnioskiem o rejestrację powinny pojawić się od razu plan i wniosek o refundację. I powinny ściśle określać, gdzie chcemy mieć refundowany ten lek. Zdaniem Krzysztofa Tronczyńskiego, agencje te powinny być na bieżąco kontrolowane przez Ministerstwo Zdrowia, ale nie powinny mu całkowicie podlegać. Kontrolę nad nimi powinna sprawować rada, składająca się z ministerstwa i płatnika lub płatników - w żadnym wypadku płatnika nie wolno pominąć. W kontrolę polityki lekowej powinni być zaangażowani także konsultanci wojewódzcy. Dobrym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie zasady, by na receptce podawać międzynarodową nazwę leku. To promowałoby substytucję generyczną, obniżającą koszt leczenia. Należy też kilka razy w ciągu roku nowelizować wykazy i wprowadzać nowo zarejestrowane genetyki. Cena jednak nie rozstrzyga wszystkiego. Pod uwagę trzeba brać nie tylko koszt, ale też efektywność terapii. Zdarza się, że koszt generują nie leki, a skutki ich niewłaściwego ordynowania. Prawdziwa polityka lekowa możliwa jest tylko wtedy, gdy istnieje korelacja pomiędzy kosztem leczenia a jego efektywnością. To pomoże także w stworzeniu koniecznych standardów leczenia. Konieczna jest także kontrola nad tym, co faktycznie dzieje się na rynku aptecznym, oraz edukacja lekarzy. - Konieczne jest monitorowanie zużycia leków na podstawie danych zbieranych z aptek - uważa Jerzy Miller, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. - NFZ jest czymś w rodzaju policji: wyłapujemy wszelkie nieprawidłowości, np. nieprawidłowo wypisane leki. Okazuje się, że niektórzy lekarze nie potrafią wypisać leku, robią błędy na receptach. Naszym zadaniem, jako płatnika, jest wyszukiwanie wszelkich anomalii - czy to wynikających z chęci zysku, czy braków edukacyjnych. NZF potrzebuje Rejestru Usług Medycznych, bez tego sobie nie poradzimy. Nie ma mowy o edukacji lekarzy bez dobrego przepływu informacji o lekach, które są wypisywane i potrzebne chorym, z udostępnieniem lekarzom informacji o wykupywanych lekach. Dopiero wtedy będziemy mogli mówić o prawdziwej kontroli nad rynkiem leków. Krzysztof Tronczyński uważa, że lek i recepta są najlepszymi nośnikami informacji. - Recepta mówi nam wiele o pacjencie, lekarzu i leku - podkreśla. - Identyfikacja świadczeniodawcy powinna być dodatkowym elementem.



Tymczasem, zdaniem Jerzego Millera, NFZ został zablokowany z utworzeniem Rejestru Usług Medycznych na wiele lat. - Będę z tym walczył - deklaruje Jerzy Miller. - Musimy wykrywać nieprawidłową ordynację leków i piętnować ją jako błąd w sztuce lekarskiej. Bolesław Piecha, poseł z ramienia PiS, zgadza się z tym, że stworzenie RUM-u jest koniecznością. - Uważam, że potrzebne są elementy, zwiększające kontrolę nad tym, co się dzieje w systemie - mówi Piecha. - Powinno to wyglądać tak: każdy lekarz ma swój numer, a pacjent PESEL, dzięki którym można ich identyfikować na rynku. Trochę trudniej będzie dotrzeć do pierwotnej diagnozy i wyboru metody leczenia, wpływających na ordynację leków. To stwarza problem, związany ze standaryzacją usług. Ale mimo to Piecha jest dobrej myśli: - Choć stosujemy nowe technologie, sposoby leczenia większości chorób są stałe, więc i z tym powinniśmy sobie poradzić - uważa.

Kwestia nie tylko kosztów

Czy w budżecie jest dość środków na leczenie wszystkich ubezpieczonych? Jerzy Miller uważa, że tak. - Budżet nie dopłaca do leków, to my sami, poprzez składki zdrowotne, dopłacamy do leków dla nas, naszych sąsiadów czy rodzin - twierdzi. - Na to, co jest dopuszczone przez NFZ do sfery refundowanej, wystarcza pieniądze - nie mamy zaległości wobec aptek, płacimy za wszystkie recepty, chyba że je kwestionujemy. Ale ogólnie pieniądze wciąż jest za mało, choć są wydawane racjonalnie. - Nie powinniśmy dyskutować nad obniżeniem nakładów na leczenie - uważa Jerzy Miller. - I musimy się pogodzić, że 20 proc. pieniędzy na usługi medyczne jest kierowanych na leki. Cóż, płatnik kreuje tylko warunki, w których musi się zmieścić środowisko medyczne. Mamy po prostu tyle pieniędzy, ile mamy. Ale problem leży też w kwestiach organizacyjnych. Ewa Kopacz ujmuje to tak: - Z jednej strony stoi ktoś, kto ma władzę, ale nie ma pieniędzy - chodzi tu o Ministerstwo Zdrowia. Druga strona to ktoś, kto ma wiedzę i pieniądze, a nie ma władzy - i chodzi tu o NFZ. A najgorsze jest to, że pomiędzy tymi dwiema instytucjami nie ma synergii. Bolesław Piecha uważa, że polityka lekowa jest trudna ze względu na fatalne korelacje na linii Sejm - rząd. - Jeśli nawet Sejm coś uchwali, na poziomie rządowym wiele decyzji jest tak zmienianych, że Sejm ich nie rozpoznaje - uważa poseł. Dodaje też, że nieodzowne jest uporządkowanie prawa, które ma wpływ na politykę lekową. Chodzi o przepisy, dotyczące wprowadzania nowych leków, ich rejestracji, podejmowania decyzji o ich dopuszczeniu do obrotu. Zdaniem Piechy, trzeba ustalić dokładne kompetencje poszczególnych urzędów. - Kłopoty z procedurą przejrzystości wynikają z wielu rzeczy, np. braku przygotowania polskich prawników - tłumaczy. - Musimy zacząć od uporządkowania prawa, dotyczącego polityki lekowej. Trzeba też ustalić system negocjowania cen. Chcemy, by procedury były nie tylko transparentne, ale też przestrzegane z żelazną konsekwencją. Jeśli chodzi o sposób refundacji, zdaniem posła Piechy należałoby się zastanowić, jak dalece usztywnić ceny leków. - Rozumiem, że np. szpitale mogą negocjować niższe ceny, ale wydaje mi się, że płatnikowi będzie łatwiej planować płatności w sztywnych ramach - tłumaczy Piecha. Na razie budżet państwa pokrywa tylko 30-40 proc. refundacji. WHO zaleca, by środki publiczne pokrywały ok. 50 proc.

Tymczasem wydatki na refundację maleją - w zeszłym roku wydana na refundację suma była o kilka milionów złotych mniejsza, niż w 2003 r. Pacjent dopłacił do rynku aptecznego aż 68 proc. - PO będzie się koncentrować na tym, co znajduje się u podstaw polityki lekowej, czyli na pacjencie. Wtedy dojdziemy do tego, co stanowi prawdziwą politykę lekową, która rzeczywiście czemuś służy - zapowiada Ewa Kopacz.