



**PAŃSTWOWE
PIENIĄDZE
PRYWATNE
TELEFONY**

Rozmowa z prof. Leszkiem Czupryniakiem,
prezesem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

foto: Tomasz Stańczak/Agencja Gazeta 3x

Przy wypracowywaniu decyzji wielką rolę odgrywa polityka – ochrona wiodącego polskiego producenta insuliny

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne wysłało do Ministerstwa Zdrowia pismo, w którym zwraca uwagę na potrzebę i zasadność finansowania leków inkretynowych w terapii cukrzycy typu 2. Czy jest szansa na pozytywną odpowiedź?

Staram się być optymistą, ale znajomość kulis sprawy budzi moje poważne obawy. Ministerstwo deklaruje chęć pomocy, leki mają pozytywną opinię AOTM, a na listach jak ich nie było, tak nie ma.

Ale wcześniej pozytywnej opinii AOTM nie było. Dlaczego?

Poprzednie stanowiska miały istotne niedociągnięcia – to po pierwsze. Po drugie, przez ostatnie lata, w trakcie obserwacji leczonych pacjentów, przybyło danych naukowych i dowodów na skuteczność tych leków. Dzięki temu można było ocenić je pozytywnie. Leki inkretynowe to przełom w diabetologii. Wszystkie inne leki na cukrzycę obniżają stężenie glukozy we krwi, ale wywołują niepożądane efekty uboczne, np. przyrost masy ciała, są źle tolerowane, powodują hipoglikemię. Nowe leki większości takich problemów nie sprawiają. I warto ponieść koszty ich refundacji – jak to jest w cywilizowanym świecie – właśnie po to, by pacjenci mieli możliwość redukcji masy ciała i utrzymania optymalnych wartości glikemii. Sprawa wydaje się oczywista, wszystkie argumenty merytoryczne są po naszej stronie, ale... widocznie nie one są najważniejsze.

Przecież nasi decydenci od polityki lekowej twierdzą, że wszystkie ich decyzje refundacyjne podejmowane są ze względu na dobro pacjentów i wynikają z analiz ekonomicznych.

To frazesy, politycy zawsze mówią, że działają dla dobra społeczeństwa, a jak jest, widzimy na co dzień. Czy analitycy w innych krajach, dopuszczając te leki do refundacji, mylą się? W Wielkiej Brytanii, Francji czy Niemczech dyskutuje się merytorycznie także o pieniądzach i bierze się pod uwagę cele długofalowe. Bo finansowo leki inkretynowe są dla państwa na pewno korzystne. Dzięki nim chory zużywa mniej insuliny, szczupleje. Korzyści te wprawdzie trudno wyliczyć, podać konkretne kwoty, ale zdrowy rozsądek nakazuje je wyczuwać i porównać cenę leku z kosztami, jakie będzie ponosić społeczeństwo z powodu zaniechania leczenia tysięcy pacjentów nowoczesnymi i skuteczniejszymi terapiami.

Profesor Ruszkowski rozpoczął liczenie kosztów społecznych chorób. Kto kontynuuje jego pracę w wypadku cukrzycy?

Próbują to robić różne gremia, firmy. Wydają sporo, żeby policzyć, ile to kosztuje i przedstawić argumenty decydentom. Problemem jest to, że te wyliczenia nie mogą być precyzyjne, trzeba je traktować jak szacunki. Ale wynik tych przeszacowań, przybliżeń i zaokrągłeń już jest korzystny dla inkretyn, ich stosowanie jest po prostu opłacalne. Potrzeba jedynie woli decydentów. Takiej jak np. w Wielkiej Brytanii, gdzie wprowadzono prostą zasadę refundacji inkretynomimetyków: refundujemy je osobom z cukrzycą i istotną otyłością, a po pół roku oceniamy, co się dzieje. Jeżeli poprawiła się kontrola metaboliczna cukrzycy i zmniejszyła się masa ciała, kontynuujemy refundację, jeśli nie – przestajemy. Co stoi na przeszkodzie, żeby to rozwiązanie wprowadzić w Pol-

sce? To jest decyzja, którą można podjąć w jeden dzień. A w ciągu tygodnia określić jasne kryteria. Możemy przewidzieć, ilu jest takich pacjentów, a za pół roku to ocenić. Prosta sprawa.

Kto powinien być partnerem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w rozmowach dotyczących refundacji takich leków? AOTM, resort zdrowia, NFZ?

Ten, kto płaci. Obecny układ nie jest prawidłowy, bo decyzję podejmuje ministerstwo, a płacić ma NFZ, kreowany na byt niezależny od MZ. To powoduje wiele komplikacji. Leki inkretynowe czekają w kolejce i są za analogami długodziałającymi. W tym wypadku również są argumenty merytoryczne, finansowe, ale przy wypracowaniu decyzji wielką rolę odgrywa polityka, ochrona wiodącego polskiego producenta insuliny. Minister obiecywała, że już w marcu uruchomiony zo-

Konsultant krajowy ds. diabetologii po stworzeniu zasad programu wysłał go do ministerstwa, ministerstwo do NFZ, NFZ do AOTM, a AOTM do ministerstwa, ono zaś znowu do nas. I tak bez końca

stanie program terapeutyczny, w ramach którego długodziałające analogi insuliny będą dostępne dla chorych. Jest koniec września, za chwilę wybory, a nie ukazała się ani jedna lista! Mimo że w ustawie zdrowotnej ministerstwo zobowiązane jest do aktualizowania listy leków refundowanych 4 razy w roku, co 3 miesiące! Dopiero niedawno otrzymałem pismo z prośbą o zapiniowanie programu dla analogów, który ciągle krąży między urzędami. Zgaduję, że konsultant krajowy ds. diabetologii po stworzeniu zasad programu wysłał go do ministerstwa, ministerstwo do NFZ, fundusz do AOTM, a agencja do ministerstwa, ono zaś znowu do nas. I tak bez końca. Mam nieodparte wrażenie i poszlaki, że decyzje zapadają poza tym obiegiem, nieoficjalnie, że sprawy te załatwia się z pominięciem faktów, w trakcie rozmów telefonicznych.

Jakich rozmów?

Powiedzmy, że dzwoni Roman do Wiesia, Wiesiek do Eli, a Ela do Michała. Ostatnia osoba w tym łańcuchu ludzi złej woli jest władna wprowadzić leki na listę refundacyjną lub je z niej usunąć. A decyzje są podejmowane pod dyktando telefonów, niejawnych porozumień, bez uwzględniania dobra chorych czy faktów

Wiceminister Twardowski, który wprowadzenie analogów na listy refundacyjne obiecywał chorym wielokrotnie, musiał odejść

naukowych. Widocznie wiodący krajowy producent insuliny ludzkiej przekonał do swego interesu osoby mające wpływ na minister zdrowia. Ona oczywiście nie podejmuje decyzji sama, ale jest otoczona doradcami. W grudniu ubiegłego roku na spotkaniu z minister zdrowia w sprawie zniknięcia analogów długodziałających z list refundacyjnych przekonaliśmy się, że w zakresie diabetologii z większą uwagą słuchane są opinie chirurga niż np. krajowego konsultanta ds. diabetologii czy członków Zarządu Głównego PTD – doświadczonych lekarzy i nierzadko wybitnych naukowców. A wiceminister



Obecnie konsultant jest teoretycznie niezależny – ale zależny, bo zobowiązany do lojalności wobec ministra. Cała konstrukcja systemu konsultantów jest reliktem dawnej epoki i powinna zostać zmieniona

Twardowski, który wprowadzenie analogów na listy obiecywał chorym wielokrotnie, musiał odejść.

Zarzuca pan zatem, że system sprzyja lobbingsowi i arbitralnym decyzjom. Bo decyzje podejmuje, bez podawania uzasadnienia, minister. A na niego wpływ ma AOTM, departament polityki lekowej i telefony (poza)rządowe. Czyli tak naprawdę nie wiemy, kto decyduje.

Wiadomo, kto decyduje – politycy. I wiadomo bardzo konkretnie którzy. To wyraźnie widać, gdy spoj-

rzymy, co się dzieje z konsultantami krajowymi. Nie bronię tych, którzy mają być zwolnieni, ale ta sprawa ilustruje sposób myślenia ministerstwa. W pierwszych wypowiedziach poświęconych odwołaniom konsultantów argumentem przeciw nim było to, że krytykują resort. A tego nie można przecież robić. Zwolnijmy więc tych, którzy nas krytykują, niezależnie od tego, czy mają rację, bo psują nasz – rządu, polityków, układu rządzącego – wizerunek. Gdybym był ministrem zdrowia, być może z większą uwagą słuchałbym profesorów krytykujących moje pomysły, bo



będąc na wysokim stanowisku, pochlebstwa zawsze ma się wokół w bród.

Jeździ pan często do krajów UE, widzi, jak tam rozwiązuje się podobne problemy. Czy nie można tych rozwiązań po prostu implementować u nas?

Gdy na Zachodzie rozmawiam z kolegami o kwestii leków, mam wrażenie, że żyjemy w zupełnie innym świecie. My nie możemy się doprosić o wpisanie analogów na listy ponad 10 lat! Tymczasem są już gotowe rozwiązania, można je rzeczywiście przekopiarować albo adaptować to, co zrobili Anglicy – oczywiście po debatach i dyskusjach, rozważeniu wszystkich argumentów za i przeciw. Jednak w Polsce nadal w polityce lekowej panuje bałagan kompetencyjny i ogromna nieufność do lekarzy, którzy w oczach ministerstwa są całkowicie skorumpowani przez firmy farmaceutyczne i zaślepieni żądzą zysku, dlatego będą przepisywać najdroższe leki, bo mają taki układ z przemysłem farmaceutycznym. Oczywiście, w każdym środowisku są osoby nieuczciwe, ale mam nieodparte wrażenie, że akurat wśród lekarzy jest ich mniej niż w innych grupach społecznych czy zawodowych. Z powodu tej patowej sytuacji cierpią pacjenci.

Każda dziedzina medycyny ma swojego konsultanta krajowego powoływanego przez ministra zdrowia. Czy nie może on lobbować w sprawie leków, za których wprowadzeniem opowiada się prawie całe środowisko?

Konsultant krajowy robi jedną bardzo ważną rzecz z punktu widzenia środowiska – odpowiada za proces specjali-

zacji w swojej dziedzinie, w tym i za kształt egzaminu specjalizacyjnego. Z punktu widzenia środowiska jest niemal jak Bóg i z kolei my oczekujemy, że jeśli się coś dzieje, powinien bić na alarm w resorcie. Ale okazuje się, że niewiele może załatwić, bo formalnie jest pracownikiem ministerstwa. Idealnie zatem powinien się odzywać tylko wtedy, gdy minister zapyta. Wydaje mi się, że obecne umocowanie prawne konsultanta sprawia, że jest w permanentnym konflikcie sumienia, a przynajmniej zawsze w tych sytuacjach, gdy opinia ministerstwa różni się z opinią danego środowiska medycznego. Gdyby resort traktował konsultanta jak ambasadora danej dziedziny na swoim dworze – z należnym mu szacunkiem i uznaniem bezcennej wiedzy, a także doświadczenia oraz zawodowej autonomii – sytuacja byłaby bardziej przejrzysta. Obecnie konsultant jest teoretycznie niezależny, ale zależny, bo zobowiązany do lojalności wobec ministra. Cała konstrukcja systemu konsultantów jest reliktem dawnej epoki i obecnie powinna zostać zmieniona.

Profesor Krzysztof Strojek, konsultant w dziedzinie diabetologii, też jest w tym konflikcie sumienia i nie potrafił lobbować w sprawie nowych leków?

Przeciwnie, prof. Strojek, lekarz wyjątkowej uczciwości, o wielkiej wiedzy i doświadczeniu, a także wrażliwości typowej dla osób nieprzerwanie – mimo piastowania wysokich stanowisk – zajmujących się pacjentami, informował władze o aktualnych poglądach na rolę insulin analogowych, ale ministerstwo wolało słuchać innych doradców, niezwiązanych z diabetologią. Jesteśmy dumni z działalności naszego konsultanta, żałujemy jedynie, że

jego wpływ na działania ministerstwa jest niewielki. Ale – jak już wspomniałem – wynika to z jego usytuowania prawnego. Cieszymy się, że również ministerstwo uznało jego fachowość i go nie zmieniło. Największą zaletą obecnego konsultanta jest trzymanie się zasad *evidence based medicine*, czyli medycyny opartej na faktach, a nie podlizywanie się władzom. A przecież konsultantem krajowym mogła zostać osoba mówiąca tylko to, czego zażąda minister lub Roman, lub Wiesiek... bo taka czasem bywa cena, jaką trzeba zapłacić za objęcie tego stanowiska. Szczęśliwie w diabetologii ministerstwu zależy jednak na kompetentnym konsultancie, a nie osobie realizującej zamówienia polityczne czy wspierającej określone działania biznesowe. Przy okazji warto wspomnieć, że w trakcie potyczek o poprawę dostępu do nowych leków diabetologicznych konsultant także odniósł rany, stał się bowiem ofiarą manipulacji medialnej jednej z prywatnych telewizji, która chciała go zdyskredytować jako rzetelnego specjalistę i naukowca. Muszę przyznać, że to nas bardzo wzburzyło, gdyż była to chyba najbardziej spektakularna akcja w ramach skoordynowanych działań medialno-politycznych mających na celu podważenie zasadności naszych starań o refundację analogów. Dla pełnej jasności – oczywiście to nie ministerstwo stało i stoi za tą kampanią, której koszty ponoszą pacjenci, głównie z cukrzycą typu 1. Jest ono tak jak i my narzędziem w ręku potężnych grup biznesowych, całkowicie niewrażliwych na losy chorych. Pewnie w ich rodzinach nie ma żadnej osoby z cukrzycą typu 1...

Przejdźmy do innego wątku... Powoływał się pan na przykład brytyjski. Jeśli tak, trzeba zainwestować w AOTM, dać jej większe możliwości decyzyjne, przyspieszyć procedurę wydawania opinii.

Agencję powołano w mikrostrukturze – prezes z administracją i Rada Konsultacyjna składająca się z 10 ekspertów medycyny. To zdecydowanie za mało, zwłaszcza że niektóre dziedziny nie są w Radzie w ogóle reprezentowane, np. gastroenterologia, reumatologia, okulistyka czy chirurgia ogólna. Eksperci mają tyle pracy, że potrzeba ich kilka razy więcej. Przykłady innych krajów Unii Europejskiej wskazują, że akurat w AOTM warto inwestować. Agencja powinna angażować specjalistów, profesorów, ekspertów, by wypowiadali się obiektywnie, czy dany lek jest dobry. A zdanie AOTM powinno mieć wagę ilustrowaną przez starą zasadę *Roma locuta, causa finita*.

W AOTM wszystko powinno być transparentne. Tymczasem przepadł pomysł, by w internecie nie tylko publikować uzasadnienie, argumenty, na których podstawie agencja podjęła konkretne decyzje, lecz także umożliwić odniesienie się przedstawicieli producenta leku do – ich zdaniem – często niesprawiedliwych ocen.

W procesie dopuszczania leków do obrotu, jak zresztą we wszelkich cywilnych sprawach administracyjnych, wszystko powinno być transparentne aż do bólu. Sytua-

cja, w której decyzje ogłasza się bez podania uzasadnienia, jest niewłaściwa, m.in. dlatego, że zamyka usta, ogranicza debatę. A przecież na decyzje dotyczące leków wpływają różne czynniki, to nie jest prosta matematyka, i zarówno chorzy, jak i lekarze powinni znać przesłanki stojące za takim, a nie innym stanowiskiem ministerstwa, NFZ czy AOTM. Zaprezentowanie zastrzeżeń i obaw dotyczących refundacji nie zamykałoby dyskusji, lecz pomogło wypracować system zabezpieczeń przed nadużyciami. Podam przykład. Staraliśmy się o refundację analogów. Na spotkaniu w ministerstwie jeden z wysokich urzędników współodpowiedzialny za wypracowanie decyzji stwierdził, że ma olbrzymie obawy, że gdy analogi będą na listach, lekarze ulegną presji firm farmaceutycznych i będą przepisywać te leki na potęgę. To jest przykład naprawdę nieuzasadnionego braku zaufania ministerstwa do zachowań lekarzy, to po pierwsze, a po drugie – takie twierdzenie jest bezpodstawne. Budżetu nie powinno w ogóle interesować, jaką insulinę cho-

Mam nieodparte wrażenie i poszlaki, że decyzje zapadają poza oficjalnym obiegiem, że sprawy te załatwia się z pominięciem faktów, w trakcie rozmów telefonicznych

rzy stosują, bo NFZ płaci za każdą tyle samo. To lekarz powinien ocenić, która jest potrzebna w konkretnym przypadku. Oczywiście, że silny jest marketing firm farmaceutycznych, ale 99 proc. lekarzy kieruje się nie marketingiem, ale przede wszystkim dobrem pacjenta – przecież to on jest naszym prawdziwym pracodawcą. A państwo, premiuując jedne insuliny kosztem innych, uniemożliwia kierowanie się dobrem pacjenta. To pierwszy problem. Mamy i drugi: AOTM daje jedynie merytoryczne podstawy do decyzji, a podejmować ją powinien ktoś, kto będzie za to płacił, choć opinia AOTM powinna być jednoznaczna wskazówką do wypracowania stanowiska. U nas płaci NFZ, a decyzję podejmuje ministerstwo, uwzględniając lub nie opinię AOTM (w diabetologii z założenia jakby nie uwzględniając). I rodzi się kolejny konflikt. Bo minister zleci NFZ realizację danego projektu, a fundusz powie, że nie ma na to pieniędzy. Ministerstwo mówi: „musi być!”, a płatnik: „ale nie ma pieniędzy”. W tych warunkach papiery między tymi instytucjami mogą krążyć pół roku. Na odwołaniu decyzji ktoś zarabia. A pacjenci? Patrząc na wyniki pracy urzędów zajmujących się ochroną zdrowia, można odnieść wrażenie, że chorzy w działaniach urzędników się nie liczą. Chorzy zawsze tracą najwięcej.

Rozmawiali: Janusz Michalak, Małgorzata Wawrzyniak

List otwarty

do minister Ewy Kopacz ws. planowanych list leków refundowanych z 15 sierpnia 2011 r.

Szanowna Pani Minister,

ukazały się doniesienia o planach ogłoszenia w najbliższych dniach nowej listy leków refundowanych. Z informacji dostępnych na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia wynika, że nie umieszczono na nich żadnego nowego leku przeciwcukrzycowego, mimo wielu obietnic składanych od grudnia ub.r. przez różnego szczebla władze Ministerstwa.

Jest to dla nas ogromne rozczarowanie i źródło rozgoryczenia. Od lat i miesięcy, reprezentując środowisko chorych na cukrzycę, przedstawiając liczne merytoryczne argumenty, poparte opiniami Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM), upominamy się o uwzględnienie potrzeb terapii ponad dwumilionowej grupy chorych na cukrzycę w naszym kraju. Nie sposób racjonalnie wytłumaczyć pomijania w planach refundacji leków przez Ministerstwo Zdrowia drugiej pod względem częstości występowania choroby przewlekłej. Rozwiązania, które proponowaliśmy i nadal proponujemy, nie powodowały znacznego wzrostu wydatków na ochronę zdrowia, a przyniosłyby oszczędności w przyszłości. Wiadomo bowiem, że optymalne leczenie przeciwhiperglykemiczne pozwala znacząco ograniczyć ogromne koszty związane z rozwojem i postępem przewlekłych powikłań cukrzycy.

W ubiegłym roku po raz kolejny Ministerstwo podjęło decyzję o nier refundowaniu analogów długo działających, w zamian proponując – mimo naszego sceptycyzmu – wprowadzenie programu terapeutycznego dla tej grupy leków. Jak dotąd nic nie zapowiada, aby program ten, który według słów Pani Minister miał ruszyć w marcu br., przybrał realne kształty.

Od wielu miesięcy przedstawiamy przytłaczające argumenty natury naukowej, klinicznej i finansowej za zwiększeniem dostępu chorych na cukrzycę typu 2 do leków inkretynowych. Leki te istnieją na rynku już od 4 lat, charakteryzują się wyjątkowo korzystnym profilem działania i podobnie jak analogi długo działające uzyskały pozytywną opinię AOTM. Przedstawialiśmy dowody wskazujące, że wprowadzenie tych leków na listy refundacyjne pozwoliłoby zmniejszyć wydatki NFZ na insulinoterapię i samokontrolę glikemii. Okazuje się jednak, że to wszystko za mało. Ponad dwa miliony chorych na cukrzycę, wśród nich tysiące dzieci i młodzieży, przewlekły charakter tej nieuleczalnej choroby, w leczeniu której w ostatnich latach dokonał się wielki postęp – to wszystko za mało, aby Ministerstwo Zdrowia zechciało podjąć poważną, a nie pozorowaną próbę pomocy pacjentom. W wypowiedziach Pani Minister troska o chorego jest wymieniana jako podstawowa motywacja działań – dlaczego wśród tych chorych nie ma osób z cukrzycą?

Prosimy o ponowne przeanalizowanie planowanego spisu leków refundowanych i uwzględnienie w nim potrzeb chorych na cukrzycę. Mimo wielu rozczarowań nie tracimy nadziei, że ciągle istnieje po stronie Pani Minister dobra wola pomocy i wysłuchania za naszym pośrednictwem głosu bardzo licznej grupy chorych.

Z poważaniem, w imieniu Zarządu Głównego
prof. nadzw. dr hab. med. Leszek Czupryniak, prezes PTD



foto: Archiwum

Zenon Wasilewski

ekspert BCC

Na przeszkodzie leczenia cukrzycy nowoczesnymi metodami stoją nie kwestie finansowe, ale mentalność i opór urzędników. Stać nas na zakup i refundowanie tych leków. Cukrzyca generuje potężne koszty społeczne. Dzięki wydatkom na refundację nowoczesnych leków możemy być pewni, że wiele osób z tą przewlekłą chorobą będzie mogło pracować, normalnie funkcjonować, płacić podatki. Brak tej refundacji spowoduje, że duża grupa chorych nie będzie mogła pracować, trzeba będzie płacić im zasiłki chorobowe, renty, leczyć powikłania.

Rachunek ekonomiczny jest prosty: opłaca się refundować skuteczne i nowoczesne metody leczenia. Ale w logice postępowania urzędnika rachunek ekonomiczny wcale nie jest najważniejszy. O wiele ważniejsze jest wykonanie planów budżetowych, wykazanie się oszczędnościami uzyskanymi w „swojej działce”. Dla urzędnika decydującego o refundacji leków największe znaczenie ma to, by oszczędzić na swoim budżecie. A że ta oszczędność jest pozorna, że przez nią trzeba będzie z innych części budżetu wypłacić znacznie więcej – to już nie jest problem urzędnika od refundacji, to już problem kolegi.



foto: Archivum

Rafał Janiszewski

ekspert ochrony zdrowia

Nad sprawą nowoczesnych leków na cukrzycę jak fatum wisí opublikowana kiedyś opinia, że mogą być cancerogenne. Nikt tego nie udowodnił, ale nie znalazła się też żadna opinia międzynarodowej instytucji zajmującej się bezpieczeństwem leków, która jednoznacznie stwierdzałaby: te leki są w pełni bezpieczne, o cancerogenności nie ma mowy. W tym wypadku jest trochę jak w polityce: samo rzucenie podejrzenia na polityka, nawet bez zebrania konkretnych dowodów, wystarcza, by utrudnić mu karierę, funkcjonowanie. Każdy minister zdrowia różnych państw staje przed dylematem: refundować, nie zważając na podejrzenia (i ryzykować krytykę, że refundowany produkt może się okazać nie w pełni bezpieczny), czy też nie refundować (i ryzykować krytykę, że chorzy na cukrzycę są niewłaściwie leczeni). Decyzja o refundacji w tym wypadku ma charakter polityczny.

Ministrowie zdrowia w krajach zachodniej Europy podjęli decyzję: tak dla nowoczesnych leków. W Polsce decyzji ciągle nie ma. Myślę, że warto zorganizować seminarium z całej Europy, by zebrać i rozważyć wszystkie argumenty za i przeciw, zapytać, dlaczego zdecydowano się na refundację tych leków w innych krajach. I zaprosić na to seminarium ministra zdrowia, ułatwiając mu w ten sposób podjęcie decyzji.



foto: Dzielnik

Bolesław Piecha

(PiS) b. minister zdrowia

W kwestii leków na cukrzycę jesteśmy świadkami poważnej gry interesów między firmami farmaceutycznymi. Leki nowoczesne wytwarzane są wyłącznie przez producentów zagranicznych, tradycyjne – także przez silny podmiot, firmę krajową, dysponującą liczącym się lobby. I tu upatrywałbym przyczyn zamieszania powstałego wokół problemu refundacji tych leków. Słyszałem o teoriach, że brak decyzji co do wpisania nowoczesnych środków na listę refundacyjną to wina urzędników, którzy z nadmiaru obowiązków nie potrafią wypracować i wprowadzić w życie odpowiednich decyzji. Ja tę teorię włożyłbym jednak między bajki. Rzeczywiście, urzędnicy potrzebują nieco czasu na zebranie i opracowanie odpowiednich argumentów, ale ten czas dawno minął, wszystkie argumenty za i przeciw są już znane, zostały opracowane i niejednokrotnie przedstawione najważniejszemu decydentowi w tej sprawie – ministrowi zdrowia. Sprawa jest na tym etapie, że już niewiele zależy od urzędników ministerialnych, a wszystko od ministra. I zwłoka w ogłoszeniu decyzji obciąża właśnie jego konto.



foto: Bartosz Stedlik/Fotorzepa

Krzysztof Łanda

prezes fundacji Watch Health Care

Nie jestem w stanie ocenić, który z dwóch czynników przesądził o tym, że wypracowanie decyzji refundacyjnej w sprawie nowoczesnych leków na cukrzycę trwa tak długo. W grę może wchodzić albo zła organizacja pracy w Ministerstwie Zdrowia, albo brak woli politycznej do podjęcia konkretnej decyzji. Na jedno chciałbym przy okazji zwrócić uwagę: nowa ustawa refundacyjna nakłada na decydentów obowiązek podjęcia decyzji w sztywno określonym czasie. Ten czas w wypadku nowoczesnych leków na cukrzycę dawno już został przekroczony. Co prawda, ustawa zaczęła obowiązywać od stycznia, ale nic nie stoi na przeszkodzie, by ministerstwo stosowało się do jej wymogów już teraz, niejako awansem. Interesujący jest też spór, czy nowe leki wpisać na listę refundacyjną, czy wpisać je w celowany program terapeutyczny. Program taki adresowany jest do ograniczonej liczby chorych (według polskich przepisów – grupy liczącej do 7 tys., według unijnych zaleceń – do 18 tys. osób). Wpisanie na listę refundacyjną zalecane jest przy większej liczbie chorych. Kłopoty z wypracowaniem decyzji w tej sprawie związane są z tym, że w polskiej medycynie mamy do czynienia z problemem braku wiarygodnych statystyk. I to również może wpływać na opóźnienia w wypracowaniu decyzji.