

## PRIORITIES AND CHALLENGES IN POLISH AND EUROPEAN DRUG POLICY

# W centrum polityki lekowej powinien być pacjent

Pozytywnym zjawiskiem na polskim rynku farmaceutycznym jest to, że coraz więcej nowych leków i terapii znajduje się na liście refundacyjnej, natomiast największym problemem są pieniądze – stwierdziła prof. dr hab. n. med. Urszula Demkow, wiceminister zdrowia, podczas sesji inauguracyjnej konferencji *Priorities and Challenges in Polish and European Drug Policy 2024*.

Jak mówiła przedstawicielka resortu, przez ostatnie lata w zakresie refundacji leków podążaliśmy w dobrym kierunku, lista leków refundowanych obejmowała coraz więcej nowych leków i nowych terapii.

– Duża ustawa refundacyjna z 1 kwietnia także przyniosła wiele pozytywnych zmian, ale oczywiście są tam zapewne drobne elementy do poprawy. Musimy też podjąć działania, aby poprawić funkcjonowanie na przykład hurtowni farmaceutycznych. Naszą największą bolączką są natomiast pieniądze i oczywiście długi czas trwania procesu refundacyjnego – stwierdziła prof. Urszula Demkow. – Być może warto pomyśleć o tym, żeby czas prowadzenia na listy refundacyjne nowych terapii był tak samo krótki jak w wielu krajach europejskich, żeby nasi chorzy nie czekali wiele miesięcy, a niekiedy nawet dłużej – dodała.

### Pacjent w centrum uwagi

Jak mówiła prof. Urszula Demkow, pod hasłem „wdrożenie nowych terapii” kryje się bardzo dużo elementów, także skłonność firm farmaceutycznych do współpracy. Na rynku farmaceutycznym jest wiele podmiotów i ich interesy, ale też ich wkład decydują o połowie efektu końcowego procesu refundacyjnego.

– Głównym interesariuszem tego procesu powinien być pacjent. Ważne jest także to, żebyśmy ewaluowali efekty zmian refundacyjnych w świetle efektów zdrowotnych dla społeczeństwa. Żebyśmy odpowiadali sobie na pytanie, jak zmiany w ustawie refundacyjnej i w polityce lekowej przekładają się na zdrowie społeczeństwa. To powinno wyznaczać kierunek kolejnych zmian – podkreśliła wiceminister.

Profesor dr hab. n. med. Agnieszka Neumann-Podczaska z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie, zwróciła uwagę na trzy niezwykle ważne obszary rynku farmaceutycznego.

– Bardzo pozytywne jest to, że zwiększa się dostępność substancji czynnych i refundowanych preparatów. Moim zdaniem kluczowe jest jednak również bezpieczeństwo leczenia. Należy pochylić się nad tym, jak ludzie są w Polsce leczeni. Mamy twarde dane, które pokazują, że z jednej strony, odnosząc się do konkretnego przykładu substancji przeciwbólowych, mamy duże portfolio preparatów refundowanych w tym zakresie. Z drugiej strony obserwacja kliniczna pacjentów starszych z demencją pokazuje, że bardzo często po prostu



### W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **Jakub Adamski**, dyrektor Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta
- **prof. dr hab. n. med. Marcin Czech**, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego
- **prof. dr hab. n. med. Urszula Demkow**, wiceminister zdrowia
- **prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil**, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Kliniki Kardiologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie
- **Anna Gołębicka**, Centrum im. Adama Smitha
- **prof. dr hab. n. med. Krzysztof J. Filipiak**, Naczelna Rada Lekarska
- **Krzysztof Kępiński**, dyrektor GSK
- **Krzysztof Kopeć**, prezes Krajowych Producentów Leków
- **Agnieszka Leszczyńska**, dyrektor generalna Angelini Pharma Polska
- **Kamila Malinowska**, dyrektor w Biurze Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
- **Andrzej Mądrala**, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych
- **Maciej Miłkowski**, wiceminister zdrowia w latach 2018–2024
- **prof. dr hab. n. med. Agnieszka Neumann-Podczaska**, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
- **Irena Rej**, prezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”

nie umiemy leczyć chorych przeciwbólowo – zaznaczyła. Ból w tej grupie jest niediagnozowany i w efekcie często nieoptymalnie leczony.

– Są także dane, które pokazują, że mamy bardzo dużą skalę potencjalnej niepoprawności leczenia farmakologicznego. To znaczy, że często zdarzają się sytuacje, w których pacjenci, szczególnie starsi, korzystający z porad wielu specjalistów, wracają do lekarza rodzinnego z dwoma czy nawet czterema preparatami. Są oni bardzo zagubieni w systemie. Widzimy, że z powodu braku koordynacji bardzo często leczymy działania niepożądane. Czyli wypisywana jest kolejna substancja, kolejny preparat refundowany, aby leczyć efekty niepożądane 16 innych preparatów refundowanych i nier refundowanych – mówiła prof. Agnieszka Neumann-Podczaska.

Zdaniem ekspertki znalazłyby się pieniądze na refundację wielu preparatów, które mają

ogromny potencjał, a jeszcze ich nie ma na listach refundacyjnych, gdybyśmy nie ponosili niepotrzebnych kosztów leczenia efektów niepożądanych innych leków.

– Jeśli pacjent chodzi do sześciu różnych specjalistów, z których każdy leczy wedle standardów, wedle wytycznych teoretycznie idealnie, to natomiast ma przepisanych ponad 20 preparatów. Istnieje potrzeba spojrzenia na farmakoterapię całościowo, potrzeba współpracy lekarza rodzinnego z farmaceutą – tłumaczyła.

Kolejnym istotnym zagadnieniem dotyczącym polityki i bezpieczeństwa lekowego są substancje czynne (active pharmaceutical ingredient – API). – To obszar, o którym powinniśmy mówić, szczególnie w kontekście nieodzownego podejścia do wspólnej polityki Unii Europejskiej. Nie będzie w Polsce API korzystnych cenowo, nie będziemy na rynku światowym konkurencyjni, jeśli nie





## PRIORITIES AND CHALLENGES IN POLISH AND EUROPEAN DRUG POLICY



Fot. Szymon Czerwinski



Fot. Szymon Czerwinski



Fot. Szymon Czerwinski



Fot. Szymon Czerwinski



Fot. Szymon Czerwinski



Fot. Szymon Czerwinski



Fot. Szymon Czerwinski



Fot. Szymon Czerwinski

” prof. Urszula Demkow: *Ważne jest, żebyśmy odpowiadali sobie na pytanie, jak zmiany w ustawie refundacyjnej i w polityce lekowej przekładają się na zdrowie społeczeństwa. To powinno wyznaczać kierunek kolejnych zmian*

” prof. Agnieszka Neumann-Podczaska: *Zdarzają się sytuacje, w których pacjenci, szczególnie starsi, korzystający z porad wielu specjalistów, wracają do lekarza rodzinnego z dwoma czy nawet czterema preparatami. Z powodu braku koordynacji bardzo często leczymy działania niepożądane*

” prof. Krzysztof J. Filipiak: *Zabrakło w ostatnich latach roli państwa i resortu zdrowia w walce z antyszczepionkowcami. Uważam, że w szeroko rozumianej polityce lekowej należy uwzględnić takie elementy, które powinny kształtować postawy społeczne*

” Maciej Miłkowski: *Należy zapanować nad wzrastającym budżetem związanym z lekami, jednocześnie mając na uwadze to, że proporcjonalnie zmniejszał się on w ostatnich latach, ponieważ większość pieniędzy, jakimi dysponował system ochrony zdrowia, była przeznaczana na opłacanie świadczeń zdrowotnych z powodu wzrostu wycen świadczeń*

” prof. Marcin Czech: *W mojej ocenie istnieje potrzeba, aby mieć dodatkowe kryteria oceny leków stosowanych w chorobach rzadkich i ultraradkich, co nie znaczy, że minister Miłkowski zbyt mało skutecznie działał na tym polu. Przeciwnie – w tych chorobach mamy mnóstwo nowych leków objętych refundacją*

” Krzysztof Kopeć: *Równie ważne jak wdrażanie rozwiązań stymulujących wytwarzanie leków jest niewprowadzanie takich, które hamują rozwój sektora farmaceutycznego w naszym kraju. Ustawa refundacyjna mimo sprzeciwów branży wprowadziła zapisy, które są szkodliwe*

” Agnieszka Leszczyńska: *Z jednej strony wprowadzamy generyki, bo to od razu zmniejsza obciążenia dla płatnika. Z drugiej strony jednak stawiamy na innowacje, bo one nie tylko są bardziej skuteczne, ale w ogólnym rozrachunku poprawiają bilans finansowy*

” Irena Rej: *Polityka lekowa zaczyna się od profilaktyki, diagnostyki, a dopiero potem jest leczenie. Tylko w takim systemie myślenie o polityce lekowej będzie myśleniem całościowym*

będzie jednolitej polityki w tym zakresie na poziomie Unii Europejskiej, bo zawsze Europa będzie droższa – podkreśliła prof. Agnieszka Neumann-Podczaska.

### Edukacja

– Jako lekarz patrzę na politykę lekową nie tylko przez pryzmat procesów refundacyjnych, dostępności leków, bezpieczeństwa lekowego czy działań resortu zdrowia, lecz także przez pryzmat edukacji – powiedział prof. dr hab. n. med. Krzysztof J. Filipiak, przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej.

Wskazał, że edukacja nie powinna dotyczyć tylko lekarzy, specjalistów, którzy uczestniczą w procesie współkształtowania polityki lekowej. Bardzo ważne jest edukowanie całego społeczeństwa.

– W mojej ocenie zabrakło w ostatnich latach roli państwa i resortu zdrowia w walce z antyszczepionkowcami. Uważam, że w szeroko rozumianej polityce lekowej należy uwzględnić takie elementy, które powinny kształtować postawy społeczne – powiedział.

Przypomniał też postulat Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie zwolnienia lekarzy z obowiązku ustalania progu refundacji leków. Podkreślił, że chodzi o to, aby wprowadzić do gabinetów systemy automatyczne, które odciążą lekarzy podczas wizyt pacjentów.

### Działania resortu zdrowia

Maciej Miłkowski, wiceminister zdrowia w latach 2018–2024, do niedawna odpowiedzialny za kreowanie polityki lekowej w Polsce, stwierdził,

że w tym zakresie jest jeszcze wiele do zrobienia. Zmieniające się wytyczne terapeutyczne i dostępność nowych leków wymagają ciągłej pracy i monitorowania sytuacji we wszystkich aktualnych terapiach lekowych. Podkreślił, że dobrze układa się współpraca z firmami farmaceutycznymi i poszczególnymi organizacjami. Departament Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia intensywnie pracuje nad przedstawionymi postulatami. Dodał, że część spraw związanych z dostawami i ich monitorowaniem na najbliższe obwieszczenie została uzgodniona już wcześniej. Poinformował, że na zaawansowanym etapie są prace dotyczące zmian ustawowych w zakresie poszerzenia możliwości wystawiania recept dla pacjentów 65+ oraz dla dzieci.

– Chodzi o zmianę modelu wystawiania recept, aby nie było dodatkowych wizyt lekarskich – doprecyzował.

Odnosząc się do wypowiedzi prof. Urszuli Demkow, która wskazała, jak istotne są nakłady na system ochrony zdrowia i podział tych pieniędzy na świadczenia zdrowotne, zaznaczył, że w programach lekowych istotnie wydłużyły się terapie. Dodał, że programy są kierowane do konkretnych pacjentów, którzy dobrze na nie odpowiadają, dlatego zwiększenie finansowania jest tak ważne.

– Należy zapanować nad wzrastającym budżetem związanym z lekami, jednocześnie mając na uwadze to, że proporcjonalnie zmniejszał się on w ostatnich latach, ponieważ większość pieniędzy, jakimi dysponował system ochrony zdrowia, była

przeznaczana na opłacanie świadczeń zdrowotnych z powodu wzrostu wycen świadczeń. To wszystko będzie miało wpływ na kształtowanie się rynku leków w Polsce – zapowiedział Maciej Miłkowski.

Profesor dr hab. n. med. Marcin Czech, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoeconomicznego, przyznał, że należy nowelizować obecną ustawę refundacyjną. Odnosząc się do zapowiadanych zmian, które mają się znaleźć w tzw. szybkiej noweli ustawy refundacyjnej (SZNUR), wymienił m.in. skoncentrowanie się na chorobach rzadkich i ultraradkich.

– To bardzo istotne w kontekście rewitalizacji i wdrożenia planu dla chorób rzadkich – wyjaśnił.

### Choroby rzadkie i ultraradkie

Jak mówił prof. Marcin Czech, środowisko farmakoeconomicistów wskazało m.in. na potrzebę wprowadzenia analizy wielokryterialnej w przypadku oceny leków stosowanych w chorobach rzadkich i ultraradkich.

– Nie jest to łatwe wyzwanie, ale w mojej ocenie istnieje potrzeba, aby te dodatkowe kryteria mieć, co nie znaczy, że minister Miłkowski zbyt mało skutecznie działał na tym polu. Przeciwnie – w chorobach rzadkich mamy mnóstwo nowych leków objętych refundacją – podkreślił. Profesor skomentował także zmiany progu opłacalności w wypadku leków stosowanych w chorobach rzadkich i ultraradkich.

– Takiego progu w ogóle nie powinno być, ale dobrze, że trwa dyskusja na ten temat – stwierdził. W ocenie prof. Marcina Czecha ważne jest także

umożliwienie bezpośredniego dostępu do leków biologicznych w chorobach nieonkologicznych w placówkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Chodzi o przekazywanie zadań mniej kosztochłonnym elementom systemu.

– To jest coś, co na pewno wszyscy poprą – przekonywał.

### Bezpieczeństwo lekowe

Krzysztof Kopeć, prezes Krajowych Producentów Leków (KPL), został z kolei poproszony o podzielenie się refleksjami z punktu widzenia producentów leków.

– Często mówimy o konieczności wprowadzenia przepisów, które zwiększą produkcję leków w Polsce. Dziś jednak chciałbym wskazać, że równie ważne jak wdrażanie rozwiązań stymulujących wytwarzanie leków jest niewprowadzanie takich, które hamują rozwój sektora farmaceutycznego w naszym kraju. Ustawa refundacyjna mimo sprzeciwów branży wprowadziła zapisy, które – delikatnie rzecz ujmując – są szkodliwe – powiedział Krzysztof Kopeć. – Na szczęście resort zdrowia zapowiada jej nowelizację – dodał.

Prezes KPL zwrócił uwagę, że nowelizowana w sierpniu ubiegłego roku ustawa refundacyjna usuwa od 1 lipca 2024 r. ważny warunek nałożenia na firmę kary finansowej za niedostarczenie leków – niezaspokojenie potrzeb świadczeniobiorców. Tym samym, jak tłumaczył, umożliwia ukaranie producenta leku także w przypadku, gdy zmniejszył się popyt na lek, a zrealizowane przez niego dostawy w pełni zaspokoiły rzeczywiste potrzeby pacjentów, czy też w sytuacji, gdy

pojawiło się wiele nowych odpowiedników, które przejęły część rynku. Zgodnie z ustawą bowiem firma musi dostarczyć ustaloną z góry ilość leków, a niepotrzebne leki zostaną poddane utylizacji. Kary za niedostarczenie na rynek ilości wynikającej z wadliwego wzoru są tak wysokie, że firma może się obawiać w ogóle wejścia do refundacji.

– Po pierwsze, uchylenie decyzji refundacyjnej. Po drugie, kara finansowa nakładana niezależnie od tego, czy nastąpiło zaspokojenie potrzeb świadczeniobiorców. Firma musi też zapłacić równowartość leków, które powinna dostarczyć według wzoru w danym okresie. Poza tym resort zdrowia może wtedy kupić ten lek za granicą po dowolnej cenie, a firma pokryje koszt tego zakupu. Dlatego postulujemy powrót do dotychczas obowiązujących zasad, w myśl których to producent określa wielkość rocznych dostaw we wniosku, stosownie do swoich możliwości, a minister zdrowia może wpływać na wielkość tej deklaracji w drodze negocjacji. Karanie producentów powinno być natomiast możliwe tylko wtedy, gdy potrzeby pacjentów nie są zaspokojone – stwierdził prezes KPL.

– Bezpieczny lekowo jest kraj, który w razie kryzysu, kataklizmu, pandemii czy wojny posiada zdolności produkcyjne, aby zapewnić swoim obywatelom najpotrzebniejsze leki. Polska pod względem wielkości sprzedaży, a więc i wielkości zapotrzebowania na leki, jest piątym krajem w Unii Europejskiej, ale jednocześnie dopiero dwunastym, jeśli chodzi o ich produkcję. Obecnie wartość krajowej produkcji stanowi zaledwie 30 proc. krajowego rynku. To oznacza, że musimy impor-

tować leki stanowiące 70 proc. wartości naszego rynku. W dodatku z 200 najbardziej istotnych dla ratowania życia i zdrowia substancji leczących produkujemy w kraju tylko kilka. W wielu państwach europejskich wartość rodzimej produkcji leków kilkakrotnie przekracza wartość krajowego popytu. Tymczasem niski udział krajowych leków w naszym rynku stanowi zagrożenie dla stabilności dostaw – wyjaśnił Krzysztof Kopeć.

Jego zdaniem dopłaty Narodowego Funduszu Zdrowia do leków produkowanych w kraju to dobry krok w procesie budowania bezpieczeństwa lekowego. Zwiększenie zainteresowania pacjentów krajowymi farmaceutykami ma szansę się przełożyć na wzrost ich produkcji oraz możliwość wytwarzania nowych.

### Całościowa polityka lekowa

Agnieszka Leszczyńska, dyrektor generalna Angelini Pharma Polska, zapewniła, że w polityce lekowej jest miejsce zarówno dla leków generycznych, jak i dla terapii innowacyjnych.

– Z jednej strony obniżamy ceny leków, wprowadzamy generyki leków innowacyjnych. To od razu zmniejsza obciążenia dla płatnika. Z drugiej strony jednak stawiamy na innowacje, terapię przełomowe, bo one nie tylko są bardziej skuteczne i znacząco poprawiają jakość życia pacjentów, ale w ogólnym rozrachunku poprawiają bilans finansowy. Koszt innowacyjnej terapii oczywiście jest wyższy, natomiast koszty pośrednie zdecydowanie spadają. Pamiętajmy w tym kontekście również o niekorzystnej sytuacji demograficznej. Będzie coraz więcej osób



## PRIORITIES AND CHALLENGES IN POLISH AND EUROPEAN DRUG POLICY

starszych, które będą potrzebowały leczenia – mówiła.

– Angelini Pharma Polska jako firma innowacyjna ma też misję, aby wspierać pacjentów i lekarzy – zaznaczyła Agnieszka Leszczyńska.

– Polityka lekowa zaczyna się od profilaktyki, diagnostyki, a dopiero potem jest leczenie. Tylko w takim systemie myślenie o polityce lekowej będzie myśleniem całościowym – powiedziała Irena Rej, prezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”. – Profilaktyka to tylko hasło. Tak naprawdę nie ma żadnych konkretnych działań i nie jesteśmy nagradzani za profilaktykę. Mamy programy, ale to są molochoy i niestety widać ich małą skuteczność – dodała.

Według Ireny Rej dużym problemem jest współpraca strony społecznej ze stroną rządową.

– Partnerstwo publiczno-prywatne, które zdało egzamin na całym świecie, u nas niestety się nie sprawdziło – oceniła ekspertka.

### Trzeba mówić o pieniądzach

Andrzej Mądrala z Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych zwrócił uwagę na problem kosztów utylizacji pozostałości leków onkologicznych.

– Wiele leków onkologicznych zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego musi być podawanych pacjentom w dawkach przeliczanych na kilogram masy ciała lub metr kwadratowy powierzchni ciała. W takiej sytuacji powstaje problem kosztów niewykorzystanych resztek leku. Narodowy Fundusz Zdrowia pokrywa tylko koszt dawki leku podanej pacjentowi, co powoduje, że podmiot leczniczy ponosi straty finansowe. Rocznie mogą one sięgać kilku procent wartości zakupionych leków onkologicznych, nawet 4–5 proc., w zależności od asortymentu leków stosowanych w danym szpitalu. Przy wydatkach szpitali na cytostatyki sięgających rocznie kilkudziesięciu milionów złotych, to 4–5 proc. to ogromne straty – wyjaśnił.

Zaapelował, aby Ministerstwo Zdrowia zainicjowało prace analityczne mające na celu opracowanie rzetelnych zasad pokrywania kosztów niemożliwych do uniknięcia strat leków onkologicznych, tak by docelowo wdrożyć przejrzyste i uczciwe mechanizmy ich rekompensowania.

– Mówię o pieniądzach, ale o pieniądzach trzeba mówić, bo system tego wymaga. Czekamy na zdecydowane działania ze strony resortu zdrowia – podkreślił Andrzej Mądrala.

### Niedofinansowana kardiologia

W imieniu klinicystów głos zabrał prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Kliniki Kardiologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie.

– Kardiologia to niestety bardzo niedofinansowana gałąź medycyny – rozpaczał. – Zazdrościmy onkologii, że idą tam ogromne środki, bo ok. 30 proc. wyprodukowanych nowych substancji trafia na oferty rynkowe. W kardiologii nie przekracza to 5 proc. – przedstawił sytuację.

Podkreślił, że w kardiologii dokonuje się ogromna zmiana, jeśli chodzi o diagnostykę.

– Diagnostyka nie opiera się już tylko na nowych technologiach obrazowych – to są również badania molekularne i badania genetyczne. W ramach



Fot. Sajmon Czewiński



Fot. Sajmon Czewiński



Fot. Sajmon Czewiński



Fot. Sajmon Czewiński



Fot. Sajmon Czewiński



Fot. Sajmon Czewiński

” Andrzej Mądrala: Wiele leków onkologicznych musi być podawanych pacjentom w dawkach przeliczanych na kilogram masy ciała lub metr kwadratowy powierzchni ciała. W takiej sytuacji powstaje problem kosztów niewykorzystanych resztek leku

” prof. Robert J. Gil: Polipragmatyzacja jest naszym przekleństwem. Standardy, które zostały opracowane w tym zakresie na Zachodzie, nie mają formalnoprawnego zakotwiczenia w polskim lecznictwie

współpracy z Polskim Towarzystwem Genetyki opracowaliśmy wytyczne, jak powinna wyglądać diagnostyka genetyczna w kardiologii – mówił prof. Robert J. Gil.

Zdaniem profesora postęp w kardiologii oznacza konieczność przekazania większych środków na nowe leki. Niezwykle ważny jest też szybki dostęp do nowych leków, które powinny być przyjmowane przez pacjentów przez cały okres hospitalizacji, dzięki czemu można uzyskać dłuższą remisję choroby.

– W kardiologii mamy jeszcze sporo do wywalczenia – stwierdził specjalista.

Dodał, że te postulaty zostały zawarte w „Dekalogu polskiej kardiologii na lata 2023–2025”, który powstał w ubiegłym roku.

Kardiolog zwrócił także uwagę na zjawisko polipragmatyzacji.

– Ono jest naszym przekleństwem. Standardy, które zostały opracowane w tym zakresie na Zachodzie, nie mają formalnoprawnego zakotwiczenia w polskim lecznictwie. Nie mamy prostego przewodnika, który pokazywałby, jak wyglądają interakcje lekowe – mówił.

### Czego oczekują pacjenci?

Jakub Adamski, dyrektor Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta zauważył, że problemy z dostępem do leków refundowanych mogą się pojawiać w różnych regionach kraju.

– Pacjenci myślą w kategoriach dostępu do terapii, które im się należą. Problemem nie są dla nich leki, które mogłyby zostać objęte refundacją. Pacjenci chcieliby mieć dostęp do leków, które

są im zagwarantowane – jeżeli dany lek został zrefundowany, to chorzy powinni mieć do niego dostęp – tłumaczył.

Ekspert podkreślił specyfikę programów lekowych, do których pacjenci mają ograniczony dostęp.

– W części przypadków jest to zrozumiałe, że dostępność programów lekowych nie będzie w całym kraju taka sama, ale są sytuacje, w których nierówność w dostępie jest zbyt duża – ocenił.

### Profilaktyka

Dyrektor GSK Krzysztof Kępiński mówił o wyzwaniach i priorytetach w obszarze profilaktyki.

– Wszyscy zdają sobie sprawę, że nie ma skuteczniejszej metody zapobiegania chorobom zakaźnym niż szczepienia – stwierdził.

Zaznaczył, że o ile profilaktyka szczepienna u dzieci wygląda dobrze, to duże problemy mamy z wyszczepialnością osób dorosłych.

– Często błędnie zakładamy, że choroby zakaźne nas nie dotyczą, a przecież tak nie jest – podkreślił Krzysztof Kępiński. Jego zdaniem pacjenci oczekują łatwego i szybkiego dostępu do szczepień oraz bezpłatnych szczepionek. – Mamy barierę finansową, która jest niezwykle istotna. Problem ten podnoszą zarówno eksperci, jak i pacjenci. Jest wiele głosów za tym, aby szczepionki dla części osób były darmowe, zwłaszcza dla seniorów, gdyż z wiekiem nasz układ odpornościowy słabnie, a dzięki profilaktyce szczepiennej możemy żyć dłużej – dodał.

– Cieszymy się, że przez ostatnie lata zaszło w tym zakresie wiele zmian. W ubiegłym roku darmowym wydarzeniem był dostęp do darmowych

” Jakub Adamski: W części przypadków jest to zrozumiałe, że dostępność programów lekowych nie będzie w całym kraju taka sama, ale są sytuacje, w których nierówność w dostępie jest zbyt duża

” Krzysztof Kępiński: W naszym kraju poziom odpłatności szczepień dla pacjentów jest jednym z najwyższych w Europie. Skoro jesteśmy dwudziestą gospodarką na świecie, to wydaje się, że jest przestrzeń finansowa, aby poszerzać listę 65+ o kolejne szczepienia

” Anna Gołębicka: Do tej pory nigdy poważnie nie brakowało nam leków, więc nie czujemy tego zagrożenia, ale wojna nie musi oznaczać tylko wojny konwencjonalnej – może oznaczać odcięcie od jakiegoś strategicznego zasobu, na przykład określonych leków

” Kamila Malinowska: Oprócz leków ocenianych do wykazu leków refundowanych dużo czasu poświęcamy na ocenę leków poza wskazaniami. Oceniamy też technologie innowacyjne, które dominowały w ostatnim czasie i zdominują przyszły rok

szczepionek w ramach programu 65+, jednak nie wszystkie szczepionki są na tej liście, a pacjenci ciągle zmagają się z 50-procentową odpłatnością. W naszym kraju poziom odpłatności szczepień dla pacjentów jest jednym z najwyższych w Europie. Skoro jesteśmy dwudziestą gospodarką na świecie, to wydaje się, że jest przestrzeń finansowa, aby poszerzać listę 65+ o kolejne szczepienia – apelował Krzysztof Kępiński.

Podkreślił, że bardzo potrzebna jest dyskusja na ten temat z resortem zdrowia. – Może jest szansa na uporządkowanie odpłatności szczepień w najbliższej przyszłości, tak aby część pacjentów, zwłaszcza seniorów, miała dostęp do darmowej profilaktyki. Polska wydaje na szczepienia kilkakrotnie mniej niż inne kraje Europy. Pamiętajmy, że szczepienia to nie tylko inwestycja w zdrowie, lecz także odciążenie ochrony zdrowia, bo zaszczepiony pacjent nie trafi z powikłaniami do szpitala – przekonywał Krzysztof Kępiński.

### Ekonomia jest nieubłagana

– Ekonomia w kwestii dostępu do leków jest nieubłagana. Niestety zawsze mamy ograniczone środki, a nieograniczone potrzeby. Chodzi o to, aby tak zarządzić pieniędzmi na zdrowie, żeby za te ograniczone środki zrealizować jak najwięcej potrzeb – powiedziała Anna Gołębicka z Centrum im. Adama Smitha.

– Mówiąc o pacjentach i lekarzach w systemie ochrony zdrowia, musimy przede wszystkim pozbyć się pewnych paradygmatów, mitów i stereotypów. Po pierwsze, nie ma niczego za darmo. Są rzeczy bezpłatne, ale ktoś musi za nie zapłacić.

Czyli nie ma darmowych leków. One są bezpłatne dla wybranych grup, ale ktoś inny za nie zapłaci. Po drugie, w naszym kraju, jeżeli pacjent wychodzi od lekarza bez recepty, to czuje się „nieobsłużony”. Recepta stała się synonimem tego, co otrzymuje pacjent – czy to potrzebne czy nie. Jeśli za coś nie płacimy, to mniej to szanujemy. Pacjenci bardziej szanowałyby leki, gdyby płacili za nie chociażby symbolicznie. Mało kogo nie stać na to, aby zapłacić np. 5 zł za lek refundowany, a wtedy psychologicznie inaczej do tego podchodzimy i nie zapelnimy szafek lekami, które potem wyrzucimy – tłumaczyła ekspertka. – Zmiany zachodzące w demografii i geopolityce są nieuniknione. Jesteśmy w takim punkcie cyklu koniunkturalnego, w którym kluczowe jest bezpieczeństwo. Do tej pory nigdy poważnie nie brakowało nam leków, więc nie czujemy tego zagrożenia, ale wojna nie musi oznaczać tylko wojny konwencjonalnej – może oznaczać odcięcie od jakiegoś strategicznego zasobu, który zależy od dostawców zewnętrznych, na przykład określonych leków – kontynuowała. Anna Gołębicka podkreśliła, że Polska musi myśleć o bezpieczeństwie lekowym w kontekście produkcji API.

– Powinniśmy dać realne możliwości firmom farmaceutycznym. Pamiętajmy, że wolny rynek kształtuje się sam, jeśli stworzymy warunki i usuniemy bariery, które go nadmiernie ograniczają – mówiła.

– Kolejny mit, który należy obalić: firmy farmaceutyczne nie skupiają się na poprawie zdrowotności Polaków, tylko na pieniądzach. Uważam, że powinniśmy edukować społeczeństwo, że leki

poprawiają jakość życia i sprawiają, że żyjemy dłużej, ale równocześnie, że lek to nie cukierek, a przyjmowanie zbyt wielu preparatów naraz może mieć negatywne skutki – dodała Anna Gołębicka.

### Priorytety polityki lekowej

W odpowiedzi na pytanie, które dziedziny medycyny będą traktowane priorytetowo oraz jakie są potrzeby Polaków związane z chorobami cywilizacyjnymi, Kamila Malinowska, dyrektor w Biurze Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), wskazała, że agencja podąża za trendami epidemiologicznymi i za zleceniami ministra zdrowia. Ostatnie lata pokazują jednak, że dominuje analiza tematów i technologii medycznych w obszarze onkologii i kardiologii, a w ostatnim czasie także chorób neurologicznych, psychiatrycznych, jak również chorób zakaźnych. Agencja rozpatruje też wiele wniosków z dziedziny zdrowia publicznego.

– Zmieniają się formuła oraz tematy, które ocenia AOTMiT. Oprócz leków ocenianych do wykazu leków refundowanych dużo czasu poświęcamy na ocenę leków poza wskazaniami. Oceniamy też technologie innowacyjne, które dominowały w ostatnim czasie i zdominują przyszły rok – powiedziała Kamila Malinowska. – Kilka ocen w obszarze technologii innowacyjnych nas ominęło z uwagi na niewystarczające wyniki, które dawałyby nam możliwość rzetelnej oceny – dodała. Zaznaczyła jednak, że nie spodziewa się zmiany trendów dotyczących ocenianych obszarów.

Milena Motyl