

Nieprawda, że był tu Dzik Zachód

Elżbieta Cichocka

2012-03-21



Szpital opłaca faktury za leki do wysokości, jaka wynika z nowej ustawy. To mniej, niż żąda hurtownia. Ale tylko sąd może mnie zmusić do wyższej zapłaty



Fot. Mateusz Skwarczek / AG
Marek Balicki

Rozmowa z Markiem Balickim, dyrektorem Szpitala Wolskiego w Warszawie, byłym ministrem zdrowia

Elżbieta Cichocka: Mamy nową listę leków refundowanych, drugą w tym roku. W porównaniu z listą styczniową minister Bartosz Arłukowicz rozszerzył refundację dla ponad 800 leków. Czy problem leków został już rozwiązany?

Marek Balicki: Nie. Nowość w ustawie refundacyjnej polega na tym, że leki zaczęły być refundowane tylko według wskazań zapisanych w dokumentach rejestracyjnych. Tak powstała pierwsza lista.

Potem minister zmienił to hurtem wobec 800 leków, ale korekta nie objęła wielu potrzebnych leków wcześniej stosowanych poza wskazaniami z rejestracji. Takich decyzji będzie musiał więc wydać tysiące.

Kardiolodzy z mojego szpitala podają przykład leku na serce, który ma cztery wskazania. Niestety, część jego generyków (kopii leku oryginalnego) ma w rejestracji wpisane tylko dwa lub trzy wskazania, choć są to odpowiedniki tego samego leku. I lekarz musi uważać, który odpowiednik zapisuje, by nie narazić się NFZ.

Z drugiej strony lekarz ma obowiązek leczyć zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Lek jest rejestrowany według protokołów badań klinicznych. Ale potem prowadzi się wiele innych badań, które wykazują jego skuteczność w innym schorzeniu. I eksperci zalecają tak go stosować, chociaż firma nie dokonała zmian w rejestracji.

Szacuje się, że na świecie 50-60 proc. leków jest stosowanych poza wskazaniem z rejestracji. W pediatrii - aż 80-90 proc. W onkologii też więcej niż średnia. Jeśli nagle z 31

grudnia na 1 stycznia robimy bez przygotowania taką rewolucję w systemie refundacyjnym, to jest to nieodpowiedzialne.

Ale minister błąd naprawił. Po styczniowej nowelizacji ustawy ma prawo rozszerzać refundację, gdy zasięgnie opinii ekspertów z Rady Przejrzystości

- To ma sens w przypadku chemioterapii czy programów lekowych, bo tam państwo ustala szczegółowo terapię, jest jakby superlekarzem. Ale rozszerzenie tego trybu na wszystkie leki to biurokratyczny absurd, oznacza tysiące decyzji administracyjnych, a w końcu i tak będzie jakaś luka.

Prawie przy każdej nowej liście skreśla się jakieś leki. Czasami firmy same wycofywały wnioski refundacyjne, czasami leki były przestarzałe.

- Byłem ministrem półtora roku. W tym czasie wykreśliśmy 450 leków. Nie o tym więc mówimy. W styczniu część leków wypadła z refundacji tylko z powodu zbyt małej obniżki ceny. Stawiano ultimatum: albo obniżacie do proponowanego poziomu, albo wasz lek wykreślamy. To nie są negocjacje. Były przypadki, że z refundacji wypadł produkt, bo firma nie zgodziła się na narzuconą obniżkę. A na liście znalazł się odpowiednik innej firmy w cenie wyższej niż pierwotnie proponowana. Czyj to był błąd?

Ale ministrowi Arłukowiczowi ten granat wybuchł w rękę, musiał działać szybko. Ustawę przejął po poprzedniej minister Ewie Kopacz.

- Należało poprzestać na obniżeniu cen i nie wykreślać leków bez uzasadnienia medycznego. Za każdym błędem na liście kryje się los grupy chorych. Z perspektywy pacjenta i lekarza nagle urzędnicza machina decyduje, co jest dostępne do leczenia. A gdy są protesty, mówi się, że za dwa miesiące poprawi się listę. Tak działać nie wolno.

A jak sprawdza się ustawa z punktu widzenia dyrektora szpitala?

- Musiałem unieważnić już dwa przetargi na leki, bo nie wolno mi ich kupić po cenie wyższej niż limit refundacji, a zanim doszło do rozstrzygnięcia kolejnego, zmienił się limit. Procedura przetargowa trwa dłużej niż zmiany na listach leków. Ale jeśli zrezygnuję z przetargów, złamię prawo zamówień publicznych.

Wyjaśnię to. Leki podzielono na grupy limitowe. Zgodnie z ustawą NFZ refunduje tylko do wysokości limitu dla danej grupy. Powiedzmy, że mamy trzy leki na serce w jednej grupie: A, B i C. Pierwszy kosztuje 10 zł, drugi - 11, trzeci - 12. Limit ustalono na poziomie najtańszego leku A, czyli 10 zł. Jeśli lekarz wypisze na niego receptę, pacjent zapłaci w aptece tylko opłatę ryczałtową - 3,2 zł. Jeśli zapisze najdroższy lek C, pacjent dopłaci jeszcze 2 zł z własnej kieszeni. Tę samą zasadę zastosowano do szpitali. Szpital tak jak NFZ aptecę może zapłacić hurtowni tylko do wysokości limitu, czyli 10 zł. W aptecę różnicę ponad limit płaci pacjent. A kto ma zapłacić różnicę w szpitalu, skoro od pacjenta szpitalom nie wolno pobierać opłat?

I co pan robi?

- Jestem legalistą. Opłacamy faktury do wysokości, jaka wynika z nowej ustawy. Tylko sąd może mnie zmusić do wyższej zapłaty. Dziś dostałem kolejny faks, że hurtownia nie może sprzedać droższego leku po cenie tańszego, nie może sprzedać taniej, niż kupiła u producenta. Oni nie mogą sprzedać taniej, my nie możemy kupić drożej. Mamy więc pat, bo nowe przepisy są nie do wykonania. Jeśli kupię lek drożej, niż mówi ustawa, złamię prawo. Jeśli go nie kupię - ucierpią pacjenci, bo nie wszystkie leki dają się zastąpić.

Poniekąd te wadliwe zapisy obciążają również pana jako posła poprzedniej kadencji pracującego nad tą ustawą.

- Przez cały czas pracy nad ustawą rząd działał jak w oblężonej twierdzy: nie przyjmujemy żadnych uwag z zewnątrz, bo każdy, kto jest przeciw naszym zapisom, chodzi na pasku koncernów farmaceutycznych. Dlatego głosowałem przeciw.

Lekarze w dalszym ciągu się burzą. Mają rację?

- W dużym stopniu tak, bo pozostały kary wynikające z umów z NFZ. Do ubiegłego roku w praktyce ograniczały się one do oszustw czy nadużyć. Tego nikt nie kwestionuje. Ale NFZ, przygotowując się do ustawy, zaczął obciążać lekarzy i placówki medyczne również w przypadkach, gdy leczenie było zgodne z wiedzą medyczną. Teraz kary dotyczą też stosowania leków poza wskazaniami rejestracyjnymi. To się obraca przeciw pacjentom. I to się lekarzom nie podoba. Różnica po nowelizacji jest taka, że teraz karę płaci strona umowy z NFZ.

Dla lekarza z własną praktyką to żadna różnica, bo tak samo zapłaci. A w przypadku lekarza ze szpitala zapłaci szpital.

- W naszym szpitalu był jeden przypadek, że lekarz dokonał nadużycia, wykorzystując nasze recepty. NFZ naliczył nam 60 tys. zł kary umownej i zapłaciliśmy ją, a następnie obciążyliśmy lekarza. Tu sprawa była oczywista.

Ale co będzie, jeśli lekarz wykaże, że leczył pacjentów zgodnie z aktualną wiedzą medyczną - co nakazuje mu ustawa o zawodzie lekarza - ale niezgodnie z przepisami ustawy refundacyjnej? Co wtedy mam zrobić?

Mamy jeszcze ustawę o prawach pacjenta. Jeśli pacjent wykaże, że poniósł uszczerbek na zdrowiu, bo był leczony niezgodnie z wiedzą medyczną, to należy mu się odszkodowanie.

Czy jako dyrektor szpitala może pan jakoś skłonić lekarzy do oszczędnego zalecania leków?

- Mamy receptariusz szpitalny - listę zalecanych leków - opracowany przez komitet terapeutyczny, który tworzą ordynatorzy i farmaceuci.

Monitorujemy też wydatki na leki na poszczególnych oddziałach. Zatrudniłem

doświadczonego farmaceutę, który będzie wspierał stosowanie racjonalnej farmakoterapii. Natomiast bezpośredniej ingerencji w ordynację lekarską nie ma, bo byłby to absurd. Nie można dyktować lekarzowi, czym ma leczyć konkretnego pacjenta.

Nie można powiedzieć, że każdy lekarz jest aniołem i dba o finanse publiczne. A państwo musi o nie dbać.

- To jasne. Ale obecna ustawa została uchwalona w duchu PiS. Każdy jest potencjalnie podejrzany, każdemu grożą kary. Dlatego może przynieść efekt taki sam, jaki minister Ziobro osiągnął z przeszczepami: wielka konferencja w sprawie dr. G. i spadek liczby przeszczepów. Jeśli lekarze będą bać się kar, to pacjenci otrzymają leki, ale często nie te, które są dla nich najlepsze. Dostaną takie, do których NFZ się nie przyczepi. Na wielkość refundacji to nie wpłynie, ale efekty leczenia będą gorsze. Stracą pacjenci, tak jak to było w przypadku transplantacji.

Z doświadczeń innych wynika, że oszczędności można uzyskać, wprowadzając monitoring leków zapisywanych przez lekarzy i receptariusz (spis leków zalecanych do stosowania w poszczególnych chorobach) dla lekarzy w opiece ambulatoryjnej. Słowacja dzięki temu zaoszczędziła kilkanaście procent w wydatkach na leki.

Nie jest tak, jak twierdzi minister Arłukowicz, że dzięki ustawie zostanie opanowany Dziki Zachód na rynku leków. Dziki Zachód zlikwidowała ustawa o cenach autorstwa Doroty Safjan. Zadziałała w 2003 r. i ustabilizowała wydatki na leki. Wprowadziła konkurencję między lekami generycznymi. Jeszcze w 2007 r. realna wartość wydatków państwa na leki była niższa niż w 2003 r. Dopiero od 2008 r. wydatki na leki zaczęły gwałtownie rosnać. W ciągu kilku lat, łącznie z programami lekowymi, zwiększyły się o 50 proc. Dla koncernów ten czas był prawdziwym rajem.

Ale w tym czasie minister Ewa Kopacz wprowadziła do refundacji wiele nowych leków. Leki na choroby rzadkie, za które do dzisiaj są jej wdzięczni [rodzice dzieci](#) ze skazami genetycznymi. Leki w chemioterapii dla chorych na raka.

- Dlatego nie zarzucam minister Kopacz, że wydawała więcej. Wykorzystała dobrą koniunkturę gospodarczą, dzięki której do NFZ zaczęły wpływać większe pieniądze ze składek. Wprowadzając nowe leki, działała dla dobra pacjentów. Chodzi mi tylko o otoczkę propagandową towarzyszącą wdrożeniu tej ustawy.

Prawdziwym problemem polskiej refundacji nie były ceny leków, bo ze wszystkich krajów UE niższe są tylko w Bułgarii. To my jesteśmy krajem, który średnią cenę europejską ciągnie ostro w dół. Oczywiście istniała przestrzeń do dalszego obniżania cen leków, ale nie należy tego fetyszycować. A co mówiono opinii publicznej - że wydajemy straszne pieniądze na leki.

Może za dużo tych leków zużywamy?

- Wydatki na osobę są u nas dwa razy niższe niż średnio w Europie. Więc ani ceny, ani wielkie zużycie. Prawdziwym problemem jest wysoki udział pacjenta w dopłatach

do leków. W Niemczech pacjent dopłaca do recepty mniej niż 10 proc. ceny leku, a w Polsce w ub. roku było to 32 proc. Gdyby po wejściu w życie ustawy ten stan był utrzymany, nazwałbym to porażką. Ale z szacunków wynika, że jest gorzej! Udział pacjenta wzrasta do 38 proc., a zaoszczędzi NFZ. Czyli wychodzi ukryty cel ustawy - szukanie oszczędności budżetowych. Kosztem pacjenta. A to narusza konstytucyjną zasadę solidaryzmu w ochronie zdrowia.

Co należałoby zrobić z ustawą?

- Minister zdrowia powinien powołać specjalną grupę ekspertów, praktyków i urzędników, która zaproponuje zmiany. Można to zrobić szybko, bo wbrew pozorom spraw do poprawienia nie jest tak dużo. Konieczne będą jeszcze uzgodnienia z głównymi aktorami: lekarzami, farmaceutami, szpitalami i przemysłem.

A nowelizacja jest konieczna, jeśli chcemy, by ustawa była ostatecznie korzystna zarówno dla finansów publicznych, jak i pacjentów.