

5 PRIORYTETÓW DLA OCHRONY ZDROWIA W NOWEJ KADENCJI – MEMORANDUM ZPP

- **Pandemia COVID-19 i zrywane łańcuchy dostaw, wojna na Ukrainie czy ataki terrorystyczne w cieśninie Ormuz uwypukliły narastające zagrożenia i problemy z dostępnością produktów leczniczych – zarówno w Polsce jak i w Europie.**
- **Problem z dostępem do leków dotyczy także Polski - w Polsce wytwarzanych jest jedynie 40 spośród 600 API stosowanych przy produkcji leków refundowanych.**
- **Mimo rzekomych sukcesów wskazywanych przez Rząd, to właśnie wieloletni proces administracyjnego obniżania cen leków, które dziś w Polsce należą do najniższych w UE, spowodował, że wytwarzanie najtańszych leków stało się mało rentowne. Tylko jedna trzecia leków refundowanych jest produkowana w naszym kraju.**
- **Wbrew zapowiadanemu wsparciu dla krajowej produkcji leków nie zostały wdrożone rozwiązania legislacyjne promujące polskich przedsiębiorców.**
- **Zapisy nowelizujące Ustawę refundacyjną w zakresie obniżenia odpłatności za produkty wytwarzane w Polsce nie zostały wdrożone, w rezultacie ceny dla pacjentów nie zostały obniżone**
- **Mimo wygasania patentów na leki biologiczne i obniżek cen nawet o 80% w Polsce, odsetek pacjentów korzystających z tej formy skutecznego i bezpiecznego leczenia jest kilkunastokrotnie niższy niż w innych krajach Unii Europejskiej.**
- **Podstawą systemu ochrony zdrowia w Polsce jest i będzie publiczna służba zdrowia, jednakże medycyna prywatna odgrywa kluczową rolę w utrzymaniu wydolności i odciążeniu systemu publicznego.**
- **Usankcjonowanie zdrowia publicznego, a zwłaszcza roli profilaktyki i stylu życia (w tym regularnej aktywności fizycznej) w działaniach rządu oraz finansowaniu ochrony zdrowia jest niezbędnym warunkiem rozwoju społecznego i gospodarczego kraju, zwłaszcza w sytuacji następujących zmian demograficznych oraz epidemiologicznych związanych m.in. z rosnącym odsetkiem osób z chorobami przewlekłymi (także wśród osób młodszych).**
- **Potrzebne jest monitorowanie wskaźników stanu zdrowia oraz zagrożeń, wdrażanie działań i ich ewaluacja oraz modyfikacja działań nakierowanych na zachowanie zdrowia.**
- **Działania związane z profilaktyką muszą mieć ciągłość i wiązać się ze skuteczną promocją – w miejsce obecnej akcyjności, która nie służy efektywności finansowej ani efektom zdrowotnym.**

- Rząd wraz z partnerami społecznymi powinien zbudować zinstytucjonalizowane mechanizmy zaangażowania całego społeczeństwa w dbałość o zdrowie.
- Jednym z kierunków działania nowego rządu powinna być też promocja i nagradzanie dobrych praktyk w sektorze publicznym i prywatnym, zarówno po stronie świadczeniodawców (pomysły na wysoki udział w badaniach przesiewowych itp.), jak i pracodawców, samorządów lokalnych oraz organizacji pozarządowych.
- Jednym z pilnych zadań musi być mapa barier w wykorzystaniu obecnych pieniędzy na profilaktykę (bardzo niskie wykorzystanie w NFZ, zmapowanie celów dla pieniędzy w Narodowym Programie Zdrowia Publicznego oraz innych dokumentach rządowych, samorządowych, pracodawców oraz środków pomocowych trafiających do Polski).
- Rozwój rozwiązań cyfrowych w wielu dziedzinach usprawnił system ochrony zdrowia. Widać to było zwłaszcza w czasie pandemii.
- Zadaniem nowego rządu – w tym Ministra Zdrowia oraz Wicepremiera Ministra Cyfryzacji - powinno być dalsze wspieranie rozwoju rozwiązań telemedycznych jako korzystnych przede wszystkim dla pacjentów, przyspieszających uzyskanie świadczeń zdrowotnych oraz zmniejszających dysproporcje w dostępie do nich.
- Obszar e-zdrowia potrzebuje stabilności oraz jasnych ram prawnych ustalanych z wszystkimi interesariuszami, w tym pilotaży rozwiązań budzących wątpliwości lub wymagających sprawdzenia ich efektywności oraz odpowiedniego czasu na wdrożenie.
- Uwzględnienie telemedycyny w koszyku świadczeń gwarantowanych jest naturalnym kierunkiem zmian.
- Rolą decydentów jest wspieranie rozwoju rozwiązań przygotowywanych przez firmy, służących skracaniu kolejek do lekarzy specjalistów (teleporady, zdalne wystawianie recept), badań, lepszej informacji na temat stanu zdrowia pacjentów (telemonitoring, aplikacje), a także sprzyjających systematyczności w dbaniu o zdrowie i zażywaniu leków.

1. Dostęp do leków

a. Bezpieczeństwo lekowe

Pandemia COVID-19, zrywane łańcuchy dostaw, wojna na Ukrainie czy akty terrorystyczne w cieśninie Ormuz uwypukliły narastające problemy z dostępnością produktów leczniczych – zarówno w Polsce jak i w Europie. Niemalże całkowite uzależnienie dostaw substancji czynnych od rynku azjatyckiego oraz problem z nierównomierną alokacją deficytowych leków postawiły Europę przed wieloma wyzwaniami.

Polska nie stanowi w tym względzie wyjątku. Według danych z Sieci Badawczej Łukasiewicz, przytoczonych w ubiegłorocznym raporcie Polityki Insight („Czempioni Narodowi 2022”), w Polsce wytwarzanych jest jedynie 40 spośród 600 API stosowanych przy produkcji leków

refundowanych. Uzależnienie od importu z Azji powoduje, że polski i europejski rynek leków jest bardzo podatny na kryzysy.

Pod koniec 2018 roku Rada Ministrów przyjęła dokument strategiczny „Polityka Lekowa Państwa 2018–2022”, określający priorytetowe działania Rządu Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie gospodarki lekami. Dokument powstał w oparciu o założenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i stanowi formalny zapis celów, kierunku działań i decyzji w zakresie polityki lekowej państwa. Kwestie poruszane w Polityce Lekowej dotyczą zarówno sektora publicznego, jak i prywatnego.

- We wrześniu 2023 r. Ministerstwo Zdrowia podsumowało realizację zakładanej strategii wskazując, że mimo pandemii COVID-19 z sukcesem udało się wprowadzić korzystne zmiany w zakresie polityki lekowej, m.in. dzięki digitalizacji systemów ochrony zdrowia uproszczono i przyspieszono proces rejestracji leków, wystawiania i realizacji recept czy weryfikacji autentyczności leków, a dzięki systemowi monitorowania obrotu produktów leczniczych dostępność rynkowa leków jest pod kontrolą, co pozwala na wczesne identyfikowanie braków lekowych.

Mimo powyższych sukcesów wieloletni proces administracyjnego obniżania ich cen, które dziś w Polsce należą do najniższych w UE, brak mechanizmu mogącego przyczynić się do zwiększenia produkcji farmaceutycznej spowodowały, że wytwarzanie najtańszych leków stało się mało rentowne i nie zwiększa się udział krajowych leków w polskim rynku. Tylko jedna trzecia leków refundowanych jest produkowana w naszym kraju.

Jednocześnie brak zachęt do inwestycji na polskim rynku farmaceutycznym dla graczy międzynarodowych i wydłużona procedura refundacyjna skutecznie ograniczają dostęp do nowoczesnych terapii dla polskich pacjentów.

Przedmiotowe problemy miały zostać zaadresowane w tzw. Dużej Nowelizacji Ustawy Refundacyjnej (DNUR), która zasadniczo weszła w życie 1 listopada 2023 r. Projektowane zmiany – wbrew wyraźnym sygnałom branży farmaceutycznej oraz organizacji pacjentkach – ograniczyły się jednak do zaostrzenia obowiązków na krajowych i międzynarodowych wytwórców i dystrybutorów produktów leczniczych. Wśród najbardziej dotkliwych rozwiązań można wyróżnić:

- konieczność utrzymywania trzymiesięcznych zapasów leków pod groźbą bardzo wysokich kar;
- sankcje finansowe w przypadku niezapewnienia dostępności produktów leczniczych w deklarowanych w postępowaniu refundacyjnym ilościach;
- obowiązkowe obniżki ceny produktu objętego refundacją;
- uchylenie decyzji refundacyjnej w przypadku niezapewnienia ciągłości dostaw.

Jednocześnie legislator krajowy nie wdraża jakichkolwiek rozwiązań legislacyjnych, które miałyby wpłynąć na kwestie dystrybucji produktów leczniczych, w szczególności pozwalających na dostosowanie naszych regulacji do wymagań nowoczesnego łańcucha dystrybucji – w szczególności w zakresie terapii genetycznych (wymagających niemal

natychmiastowej dostawy do pacjenta) czy produktów wymagających głębokiego chłodzenia. Procedury i regulacje prawne są w tym zakresie przestarzałe, a konserwatywne podejście organów nadzoru ogranicza dostęp do nowych terapii dla pacjentów.

Przeciwnie, w skutek wprowadzonej w czerwcu 2017 r. i pogłębionej we wrześniu 2023 r. regulacji tzw. „Apteki dla aptekarza” zmniejsza się dostęp pacjentów do placówek aptecznych. Wprowadzone regulacje nie tylko utrudniają swobodne lokalizowanie nowych placówek aptecznych (z uwagi na ograniczenia geograficzne i demograficzne), ale także uniemożliwiają otwieranie nowych aptek przez podmioty nie będące farmaceutami. W rezultacie rynek aptek skurczył się z ok. 15 tys aptek w 2017 r. do 11,5 tys aptek na koniec 2023 r.

Polityka lekowa państwa nie tylko nie przewiduje istotnych zachęt do inwestowania w rynek farmaceutyczny, ale wręcz zniechęca do wdrażania innowacji.

b. Niezwłoczne podjęcia działań mających na celu zapewnienie dostępności surowców do receptury aptecznej w Polsce

Pierwszy wykaz limitów finansowania za jednostkę surowca farmaceutycznego służącego do sporządzenia leku recepturowego (z 27 listopada 2023 r.) został opracowany na podstawie cen sprawozdanych przez apteki do NFZ za rok 2022 w związku z czym znacznie odbiega od aktualnie obowiązujących cen rynkowych.

W konsekwencji wyznaczone limity będą praktycznie nieosiągalne, co będzie skutkowało znacznym wzrostem wysokości dopłat po stronie pacjentów i wstrzymaniem funkcjonowania receptury aptecznej. Powagę sytuacji podkreśla fakt, że jeden z największych krajowych producentów surowców farmaceutycznych zapowiedział wstrzymanie wytwarzania i wprowadzania do obrotu substancji czynnych w ustalonych wartościach. Wysoki wzrost cen wraz z wielce prawdopodobnym niedoborem surowców wykorzystywanych w recepturze doprowadzi do ograniczenia dostępu pacjentów do zindywidualizowanych terapii, stanowiących jedyną, dostępną formę leczenia dla niektórych z nich (np. w przypadku łuszczycy, nadciśnienia płucnego, krzywicy hipofosfatemicznej, bezsoczności czy małosoczności).

To, jak trudna może stać się ich sytuacja, pokazuje przykład nowej wyceny leku recepturowego Dioninum (Ethylmorphini hydrochloridum), stosowanego w leczeniu bólów nowotworowych i nieposiadającego odpowiednika w postaci leku gotowego. Dotychczasowa opłata po stronie pacjenta, która wynosi 18 zł, po wprowadzeniu limitów finansowania wzrośnie do kwoty 555 zł + 18 zł. Ponadto nie można wykluczyć, że w związku z zapowiedziami wstrzymania działalności przez jedyne polskiego producenta – podstawowy składnik leku w ogóle nie będzie dostępny na rynku, doprowadzając do długotrwałej, niezaspokojonej potrzeby pacjentów znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji.

Z uwagi na powyższe sygnalizujemy konieczność podjęcia natychmiastowych i zdecydowanych kroków mających na celu skuteczne wycofanie pierwszego Wykazu Limitów Finansowania, jak również regulacji art. 6 ust. 8a)-e) Ustawy refundacyjnej z obrotu prawnego.

c przyjmowanie zwrotów z aptek i hurtowni leków refundowanych, co do których wnioskodawca skrócił okres obowiązywania decyzji lub go nie przedłużył nie składając kolejnego wniosku (brak kontynuacji refundacji). Jest to nowy przepis, obowiązujący od 1 listopada 2023 r., wprowadzony w ramach DNUR:

Art. 34a.

1. Podmiot prowadzący aptekę, który posiada lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny objęty refundacją w kategorii dostępności refundacyjnej, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1, dla którego została wydana decyzja administracyjna, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 5, albo dla którego wygasła decyzja administracyjna o objęciu refundacją, nabyty przed tymi zmianami, może w terminie 30 dni od daty obowiązywania wykazu ustalonego w nowym obwieszczeniu, o którym mowa w art. 37 ust. 1, zwrócić lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny podmiotowi, od którego nabył dany lek, środek lub wyrób, z żądaniem zwrotu zapłaconej ceny.

2. Przedsiębiorca prowadzący obrót hurtowy w rozumieniu art. 72 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, który posiada lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny, dla którego została wydana decyzja administracyjna, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 5, albo dla którego wygasła decyzja administracyjna o objęciu refundacją, nabyty przed tymi zmianami, może w terminie 45 dni od daty obowiązywania wykazu ustalonego w nowym obwieszczeniu, o którym mowa w art. 37 ust. 1, zwrócić lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny podmiotowi, od którego nabył dany lek, środek lub wyrób, z żądaniem zwrotu zapłaconej ceny.

Mając na względzie motywacje regulatora, należałoby jednak rozważyć ograniczenie uprawnienie aptek/hurtowni do zwrotu leków zakupionych w okresie maksymalnie 3 miesięcy przed publikacją obwieszczenia (interwał obwieszczeniowy), w którym dany lek z ww. powodów się nie znalazł. Zwrot leków zakupionych na 2 lata – rok przed tym faktem, z często krótkim terminem ważności powoduje, że są one niesprzedawalne i nadają się jedynie do utylizacji. Ponadto, lek zwrócony do wytwórcy nie może zostać ponownie wprowadzony do obrotu. Obecne – restrykcyjne i nieadekwatne przepisy mogą zniechęcać wnioskodawców do objęcia refundacją kolejnych odpowiedników, co wpłynie negatywnie na dostępność i bezpieczeństwo lekowe oraz zmniejszy konkurencyjność.

Podsumowanie

Konieczne jest nie tylko stworzenie rzetelnej i wszechstronnej strategii lekowej państwa na rok 2024 i następne, ale także natychmiastowe podjęcie działań mających na celu zapewnienie pacjentom zarówno dostępu do surowców farmaceutycznych, nowoczesnych terapii jak i placówek aptecznych.

Działania podejmowane dotychczas okazały się niewystarczające. Skupiały się na wdrożeniu kolejnych narzędzi nacisku na podmioty działające na rynku farmaceutycznym, wdrożyły iluzoryczne zachęty do inwestycji w rodzimy przemysł farmaceutyczny i zahamowały rozwój

rynku aptecznego, który mógłby odciążyć niedofinansowaną i zmagającą się z licznymi problemami służbę zdrowia.

Z uwagi na powyższe wnosimy o rozpoczęcie wspólnej pracy z organizacjami pacjentów, środowisk medycznych oraz przedstawicielami przemysłu farmaceutycznego w celu stworzenia strategii lekowej państwa na rok 2024 i następne oraz podjęcie natychmiastowych działań w celu wyeliminowania zapisów Ustawy refundacyjnej, które ograniczają dostęp pacjentów do terapii (vide nowe limity na surowce stosowane w recepturze aptecznej).

2. Wsparcie krajowej produkcji leków

a. wdrażanie zapisów znowelizowanej ustawy refundacyjnej

Znowelizowane przepisy Ustawy refundacyjnej przewidują mechanizm, zgodnie z którym państwo ma dopłacać (poza kwotą refundacji) dodatkowo 10 proc. (formalnie obniżając dopłatę pacjenta) w przypadku zakupu produktów leczniczych wyprodukowanych w Polsce, zaś 15 proc., gdy zarówno lek, jak i zawarta w nim substancja czynna wytworzone zostały w Polsce.

Pomimo ustawowego obowiązku od 1 listopada 2023 r. do chwili obecnej resort zdrowia nie opublikował jednak wykazu leku refundowanych zawierającego produkty objęte obniżką, co narusza prawa pacjentów wynikające nie tylko z art. 6 ust. 2a znowelizowanej ustawy refundacyjnej, ale i uniemożliwia dostęp do świadczeń gwarantowanych wskazanych w art. 15 ust. 2 pkt 14 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zdaniem przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia niezbędne jest w tym zakresie przeprowadzenie postępowania administracyjnego – analogicznego do objęcia leku refundacją.

Krajowi producenci leków chcąc ułatwić prace Ministrowi Zdrowia już od września 2023 r. składali oświadczenia dotyczące leków produkowanych w Polsce lub z polskich substancji czynnych. Należy jednak zauważyć, iż ustawa nakłada na ministra właściwego do spraw zdrowia obowiązek ustalenia listy leków z obniżoną odpłatnością oraz publikację wykazu zawierającego te produkty. Żaden z jej przepisów nie warunkuje też przewidzianych obniżek odpłatności za krajowe leki od spełnienia dodatkowych obowiązków ze strony ich producentów.

Nie istnieją także żadne podstawy prawne, aby realizację ustawowego przywileju pacjentów wynikającego z art. 6 ust 2a ustawy refundacyjnej (publikacja wykazów leków z obniżoną odpłatnością pacjentów) kategorycznie wiązać z procedurą zapisaną w art. 13a tej ustawy, który dotyczy ubiegania się przez producentów leków o inne, wymienione w tym artykule preferencje, np. dłuższe decyzje refundacyjne czy niższe opłaty administracyjne.

Z uwagi na powyższe sygnalizujemy konieczność podjęcia natychmiastowych prac nad zaktualizowaniem obwieszczenia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, które uwzględni leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub z wykorzystaniem

substancji czynnej wytworzonej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w rezultacie umożliwi ich tańszy zakup przez pacjentów.

b. zwiększenia dostępu do terapii biologicznych poprzez udostępnienie ich nie tylko w lecznictwie zamkniętym

Mimo wygasania patentów na leki biologiczne i obniżek cen nawet o 80% w Polsce, odsetek pacjentów korzystających z tej formy skutecznego i bezpiecznego leczenia jest kilkunastokrotnie niższy niż w innych krajach Unii Europejskiej. Analizy zawarte w raporcie „Nierówności w dostępie do leczenia biologicznego w chorobach autoimmunizacyjnych w Europie” wskazują, że nie da się uzyskać znaczącego wzrostu liczby leczonych w ramach realizowanych obecnie w szpitalach programach lekowych. Rozwiązaniem jest udostępnienie tych leków również w aptekach, zwłaszcza że Polska jest w zdecydowanej mniejszości krajów, gdzie terapie te są dostępne wyłącznie w lecznictwie szpitalnym.

Ograniczony dostęp do leczenia biologicznego wynika przede wszystkim z zawężonych względem rekomendacji towarzystw naukowych i aktualnej wiedzy medycznej kryteriów kwalifikacji chorych do terapii w ramach programów lekowych. Pacjent, aby otrzymać terapię, musi być wcześniej leczony tańszymi lekami, które w jego przypadku nie wykazały skuteczności, a jego choroba musi osiągnąć bardzo wysoki poziom zaawansowania. Tymczasem najlepsze efekty leczenia biologicznego uzyskuje się przy jak najwcześniejszym jego wdrożeniu.

Co więcej, leki biologiczne i biologiczne równoważne nie są dostępne w poradniach ambulatoryjnych (AOS), co prowadzi do nadmiernego obciążenia szpitali, które już dzisiaj mają problem w przyjęciu wszystkich potrzebujących chorych. Przeniesienie terapii biologicznych do poradni (AOS) znacznie skróci kosztowną procedurę, odciąży personel szpitalny, zmniejszy koszty dla systemu ochrony zdrowia, a przede wszystkim poprawi komfort życia chorych. W latach 2024-2029 ok. 100 terapii biologicznych utraci monopol, co spowoduje znaczny spadek cen. Aby to wykorzystać i leczyć więcej chorych, konieczna jest optymalizacja dostępu do terapii.

c. zagrożenia stabilności i rozwoju krajowego przemysłu farmaceutycznego, jakie mogą powstać wskutek wprowadzenia zasady wystawiania recept wyłącznie z międzynarodową niezastrzeżoną nazwą aktywnego składnika leków („INN”)

Pragniemy zwrócić uwagę **na zagrożenia stabilności i rozwoju krajowego przemysłu farmaceutycznego**, a w konsekwencji zagrożenia **dla bezpieczeństwa lekowego obywateli**, jakie mogą powstać wskutek wprowadzenia zasady wystawiania recept wyłącznie z międzynarodową niezastrzeżoną nazwą aktywnego składnika leków („INN”). Informacje o takich zamierzeniach proponowanych przez Zespół ds. preskrypcji przy Ministrze Zdrowia a inspirowanych przez Departament Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia dotarły do nas w ostatnim czasie i nas zaniepokoiły.

Jest to sprzeczne z deklarowanymi celami aktualnego Rządu RP i nie do pogodzenia z wdrażaniem wytycznych Krajowego Planu Odbudowy. **Zagraża załamaniem obrotów krajowego przemysłu farmaceutycznego i w konsekwencji bezpieczeństwa lekowego Polski.**

Opisany pomysł godzi w bezpieczeństwo lekowe Polski, a docelowo w odporność naszego kraju na sytuacje kryzysowe. Doprowadzenie do załamania obrotów krajowego przemysłu farmaceutycznego doprowadzi w sposób nieunikniony do stopniowego wygaszania produkcji leków na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W takiej sytuacji przerwanie łańcucha dostaw zagranicznych do kraju, np. wskutek konfliktów zbrojnych czy ponownego stanu epidemii, doprowadzi do wielu tragedii powodowanych brakiem dostępności leków. Polscy pacjenci nie będą mogli liczyć na produkcję krajową, która z uwagi na takie decyzję Rządu, nie będzie zdolna do zaspokojenia potrzeb na leki. Warto z całą stanowczością podkreślić, że to dzięki krajowym firmom farmaceutycznym w czasie pandemii nie zabrakło leków w Polsce.

d. Krajowy Plan Odbudowy

W kontekście zapewnienia bezpieczeństwa lekowego należy podkreślić, iż zmiana podejścia do obiecywanego w ramach KPO wsparcia - z bezzwrotnych dotacji na zwrotne pożyczki, oraz bardzo krótkie terminy realizacji inwestycji, praktycznie uniemożliwia skorzystanie z tej pomocy finansowej!

Podsumowanie

Mimo dobrych wyników finansowych sektora farmaceutycznego w Polsce, potencjał branży nie jest w naszym kraju w pełni wykorzystywany. Produkcja farmaceutyków jest jednym z filarów gospodarki europejskiej. Od początku ubiegłej dekady wolumeny unijnego przemysłu farmaceutycznego wzrosły ponad dwukrotnie, a udział branży w wartości dodanej przetwórstwa zwiększył się z 5,4% do ponad 6%. W Polsce wskaźnik jest niestety odwrotny – obserwujemy spadek z 2,6% do 1,6%.

Biorąc pod uwagę czynniki ekonomiczne i demograficzne, konieczne jest zapewnienie większego udziału produkcji lokalnej w sektorze farmaceutycznym. Takie działanie nie tylko ograniczy uzależnienie strategicznego sektora gospodarki od produkcji azjatyckiej, ale także odpowie na deficyty służby zdrowia związane ze starzejącym się społeczeństwem i niedomagania systemu uwidocznionymi dotkliwie w okresie pandemii COVID. Zwiększające się zapotrzebowanie na leki, identyfikowana potrzeba wsparcia unijnej (w tym polskiej) produkcji oraz zmiany rynkowe w zakresie obowiązujących patentów na nowoczesne terapie powinny stanowić uzasadnienie dla zwiększenia rodzimej produkcji.

3. Miejsce medycyny prywatnej w sektorze ochrony zdrowia.

Codzienne potrzeby zdrowotne obywateli, a także świadczenia udzielane w trybie kryzysowym realizowane są m.in. w placówkach POZ, przychodniach specjalistycznych, laboratoriach, gabinetach fizjoterapii, aptekach oraz szpitalach – i w każdym z tych obszarów na rynku są obecne zarówno placówki publiczne, jak i niepubliczne - działające w ramach umów z NFZ, w trybie mieszanym lub całkiem komercyjnie.

Sektor medycyny prywatnej stanowi kluczowy element systemu ochrony zdrowia w Polsce. Większość podmiotów leczniczych to placówki prywatne (ponad 90% POZ i ponad 50% AOS), które z własnych środków inwestują w zasoby, w nowoczesne technologie i kształcenie personelu medycznego, by udostępnić je polskim pacjentom. Celem rządu powinna być międzysektorowa współpraca oraz znalezienie płaszczyzn synergii, które wpłyną na jakości życia obywateli.

Decyzje o finansowaniu procedur ze środków publicznych powinny co do zasady opierać się na zapewnianej jakości i efektywności opieki, a nie strukturze właścicielskiej podmiotu. Zarówno publiczni jak i prywatni świadczeniodawcy liczą na realną wycenę świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych i ich regularne aktualizowanie, wraz ze zmianami kosztów działania. Warto rozważyć określenie roli sektora prywatnego w ochronie zdrowia w celu właściwego wykorzystania jego potencjału i zwiększenia efektywności całego systemu.

Rząd powinien przede wszystkim zapewnić legislacyjne i systemowe potwierdzenie roli prywatnej ochrony zdrowia jako partnera sektora publicznego, który wspiera go w rozwoju, dzieląc się swoim know-how, dobrymi praktykami, doświadczeniem i wiedzą.

Lepszemu wykorzystaniu synergii prywatnych i publicznych placówek, z korzyścią dla pacjentów oraz płatnika publicznego i stanu finansów publicznych, służyłyby regulacje dotyczące wynagrodzeń, wymogów kadrowych oraz roli poszczególnych placówek. Wyzwaniem stojącym przed nowym rządem jest racjonalizacja liczby szpitali oraz ich struktury (np. nierentownych oddziałów wykonujących na tyle mało procedur, że wręcz zagraża to bezpieczeństwu pacjentów). Kluczowe tutaj jest większe wykorzystanie zasobów medycyny prywatnej poprzez wprowadzenie takiego systemu refundacji świadczeń, w którym środki będą trafiać do tych podmiotów, które wyróżniają się na rynku pod względem standardów i jakości, efektywności leczenia, skutecznego zarządzania i stosowanych rozwiązań w obszarze cyberbezpieczeństwa.

Trzeba obalić jeden z funkcjonujących mitów, że sektor prywatny płaci pracownikom zdecydowanie więcej niż sektor publiczny. W wielu miejscach, często z uwagi na niską jakość zarządzania, sektor publiczny płaci nierynkowe, wysokie stawki, bo nie ma żadnej alternatywy w obliczu braków kadrowych. Wielokrotnie sektor prywatny musi konkurować z sektorem publicznym, szczególnie w momencie, kiedy oferuje on „awaryjne” płać w obliczu utraty np. całego personelu medycznego z danego oddziału albo braków na dyżurach w SOR i izbach przyjęć.

Ważne jest też określenie definicji ubezpieczeń zdrowotnych wraz z serwisem usług i zachętami dla osób odciążających publiczny system (ulgi podatkowe dla płatników ubezpieczeń zdrowotnych i abonamentów, do rozważenia także dofinansowania usług fee for service).

a. Stabilność prawna

Wiele aktów prawnych w ochronie zdrowia wprowadzanych było bez konsultacji lub bez uwzględnienia uwag środowiska, co skutkuje licznymi nowelizacjami i brakiem stabilności prawnej. Stabilność, której oczekiwaliby uczestnicy systemu, przejawia się tym, że prawodawcy wspólnie z całym sektorem opracowują założenia kluczowych zmian prawnych i organizacyjnych, konsultują projekty aktów prawnych i biorą pod uwagę stanowisko strony społecznej. Część regulacji, np. niektóre z zarządzeń prezesa NFZ, dotyczące rozliczeń, działa z datą wsteczną, nawet wiele miesięcy do tyłu. Podobnie przepisy dotyczące podwyżek w sektorze ochrony zdrowia. To destabilizuje sytuację finansową. Zapewnienie stabilności prawnej pozwala na strategiczne inwestycje w rozwój prywatnych placówek ochrony zdrowia, aptek, laboratoriów, odciążając tym samym podatników z finansowania tych zadań. Przepisy i postępowania o środki publiczne nie powinny faworyzować placówek ze względu na właściciela.

b. Określenie roli prywatnych wydatków oraz podniesienie ich efektywności w całym systemie ochrony zdrowia

Należy rozważyć powrót do ulgi podatkowej od wydatków prywatnych na świadczenia zdrowotne. Kolejnym z diskutowanych rozwiązań jest możliwość pobierania dopłaty do świadczeń o wyższym niż gwarantowany standardzie, np. z dobrowolnego ubezpieczenia dodatkowego. Obecny system nie zawiera też ulgi podatkowej dla pracodawców od ich wydatków na opiekę zdrowotną nad pracownikami, a to mogłoby zwiększyć zainteresowanie tym rozwiązaniem.

Wspieranie nowoczesnych rozwiązań wykorzystywanych przez sektor prywatny – jak np. aplikacje do kontaktu z lekarzem, formularze dotyczące stanu zdrowia, zdalne monitorowanie stanu zdrowia, ułatwienia w e-receptach - może być ważnym elementem służącym także transformacji publicznych placówek. Wiele z rozwiązań dotyczących m.in. jakości opieki czy narzędzi komunikacji z pacjentem, było początkowo wdrażanych i oferowanych w placówkach prywatnych, a potem, gdy się sprawdziły, wykorzystywano je szerzej przez sektor publiczny.

Zadaniem rządu powinna być też analiza racjonalności prywatnych wydatków na zdrowie w Polsce, które często przeznaczane są na zakup suplementów czy świadczenia o braku udowodnionej skuteczności medycznej (lub wręcz szkodliwe).

Podsumowanie

Sektor publiczny i prywatny w ochronie zdrowia razem zapewniają świadczenia zdrowotne dla milionów Polaków i powinny współdziałać ze sobą.

Rząd powinien powrócić do dyskusji z czasów, gdy premierem rządu PO-PSL był premier Donald Tusk, dotyczących określenia roli systemu prywatnej opieki zdrowotnej. Wśród propozycji, które należy uwzględnić, są m.in. zachęty finansowe dla osób, które odciążają publicznego płatnika, czyli NFZ, korzystając z usług komercyjnych. Rozwiązania takie były już w Polsce stosowane i uznawane za bardziej sprawiedliwe przez płatników, którzy mimo opłacania składek na system publiczny, korzystali z prywatnego.

Celem rządu, w tym ministra zdrowia, powinno być takie planowanie działań legislacyjnych, żeby nowe akty przechodziły konsultacje społeczne, a najlepiej już na etapie założeń były konsultowane z partnerami społecznymi. Wyniki konsultacji powinny być uwzględniane, a nie odrzucane, jak miało to notorycznie miejsce w ostatnich latach i prowadziło do wielu zaburzeń na rynku oraz konieczności wielokrotnych nowelizacji.

4. Profilaktyka zdrowotna i jakość stylu życia

a. Zapobieganie problemom zdrowotnym jako najlepsza inwestycja w zdrowie

System ochrony zdrowia w Polsce skoncentrowany jest od lat wokół działań naprawczych, czyli podejmowanych w przypadku wystąpienia choroby. Widać to choćby po tym, jaką część pieniędzy NFZ przeznaczają na leczenie szpitalne.

Takie podejście powoduje postrzeganie ochrony zdrowia głównie jako kosztu, tymczasem dobrze funkcjonująca ochrona - a nie tylko naprawa zdrowia, jest niezbędna do rozwoju społeczno-gospodarczego kraju, w tym wzrostu PKB. Drogą do tego jest m.in. edukacja zdrowotna oraz profilaktyka. Są to działania, które pozwalają ograniczyć przyszłe koszty, zwiększać produktywność, dobrobyt i jakość życia społeczeństwa.

Dotychczasowe myślenie polityków, często nakierowane na gaszenie bieżących pożarów i perspektywę jednej kadencji nie sprzyjały w ostatnich latach podejmowaniu decyzji potrzebnych z punktu widzenia zdrowia publicznego, z wyjątkiem kilku działań jak np. przyjęcie ustawy o zdrowiu publicznym we wrześniu 2015 r. oraz Narodowego Program Zdrowia, który miał być dokumentem strategicznym dla zdrowia publicznego. Niestety nie przykładano do jego realizacji odpowiedniej uwagi, brakowało przejrzystości finansowania oraz rozliczania skuteczności działań.

W sytuacji bierności po stronie rządu wiele z działań związanych z profilaktyką podejmują pracodawcy, komercyjni dostawcy usług zdrowotnych oferowanych w ramach ubezpieczeń i abonamentów oraz samorządy. W profilaktyce i promowaniu zdrowego stylu życia widzą oni inwestycję. Niestety dla działań tych brak wystarczającego wsparcia. Na przykład środki NFZ na profilaktykę są wykorzystywane w bardzo niewielkim zakresie. Brakuje zachęt do

samodzielnego dbania o zdrowie, np. w postaci ulg w podatkach czy w ubezpieczeniu społecznym. Niewystarczające jest także wsparcie dla osób aktywnych zawodowo, które promują zdrowy styl życia i inne formy profilaktyki zdrowotnej wśród swoich pracowników.

b. Dobrostan psychiczno-fizyczny a jakość i długość życia

Celem działań w ochronie zdrowia powinno być zapewnienie dobrostanu psychicznego i fizycznego obywateli, który wprost przekłada się na poziom aktywności zawodowej i długość życia w zdrowiu. Konieczne jest zatem przede wszystkim wielowymiarowe wspieranie postaw prozdrowotnych.

Niezbędnym elementem jest także polepszanie dostępu do POZ i AOS, w tym opieka koordynowana, obejmująca psychologa, dietetyka, fizjoterapeutę, specjalistów zdrowia publicznego, edukujących pacjentów w zakresie profilaktyki i zdrowego stylu życia.

Zaniedbywanym przez lata obszarem była opieka psychologiczna i psychiatryczna, która - m.in. w związku ze zmianami cywilizacyjnymi, tempem pracy, pandemią oraz wojną na Ukrainie - jest teraz w szczególnym kryzysie i mimo wdrażanych reform nie jest w stanie zaspokoić potrzeb.

Brak edukacji i dostępnej pomocy powoduje nie tylko wydatki dla systemu ochrony zdrowia oraz wysokie koszty społeczne. Ma też odzwierciedlenie w kosztach ponoszonych przez przedsiębiorców, ZUS oraz całą gospodarkę.

W 2022 roku do ZUS trafiło 1,29 mln zwolnień lekarskich, które wystawiono z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, co przełożyło się na 23,8 mln dni absencji chorobowej pracowników. To nieco mniej niż w 2021 roku, ale generalnie trend jest wzrostowy.

Potrzebne jest zwiększenie dostępu do porad w zakresie zdrowia psychicznego, skrócenie oczekiwania na pomoc i równomierny dostęp do niej.

Ważnym obszarem jest też poczucie stabilności i przestrzeganie norm pracy. Rząd powinien promować dobre praktyki w tym obszarze. Wypalenie zawodowe dotyka, według różnych badań od 23 do 35 proc. polskich pracowników. Zjawisko to staje się wyzwaniem dla rynku pracy oraz lekarzy i psychoterapeutów. W czerwcu 2019 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wpisała wypalenie zawodowe do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11). Nowa jednostka chorobowa stała się oficjalnie obowiązującą od 1 stycznia 2022 roku.

Podsumowanie

Brak inwestycji w zdrowie publiczne, zwłaszcza w profilaktykę oraz promocję zdrowego stylu życia, przemyślanych długofalowych inwestycji, będzie stanowić coraz poważniejszą barierę dla rozwoju gospodarki oraz dobrobytu. Zmiany demograficzne i epidemiologiczne (m.in. narastający problem otyłości, cukrzyca, zaburzeń psychicznych, problemów z poruszaniem, dobrobytu społeczeństwa) powodują absencje w pracy, spadek efektywności, odpływ z rynku

pracy oraz wiele problemów społecznych. Odpowiedzią na te problemy powinny być pilne, ale długofalowe działania, wypracowane z ekspertami i partnerami społecznymi.

Warto podkreślić, że skala różnorodności i poziom złożoności opisanych powyżej zmian wymaga ścisłej współpracy i koordynacji działania ministrów odpowiedzialnych za obszar zdrowia, pracy, rodziny i edukacji. Konieczne jest przekierowanie większej liczby działań i środków na profilaktykę w publicznym systemie ochrony zdrowia oraz wspieranie inicjatyw prywatnych mających na celu poprawę stanu zdrowia własnego, rodziny czy pracowników.

5. Rozwiązania cyfrowe, w tym telemedyczne - korzyści dla pacjentów, personelu medycznego, płatników

a. Rozwój telemedycyny pozwala na lepsze wykorzystanie kadr medycznych oraz zwiększenie dostępu do świadczeń

Systemowi ochrony zdrowia potrzebne jest dalsze wspieranie rozwoju rozwiązań telemedycznych jako alternatywy dla znacznej części osobistych wizyt pacjenta u lekarza czy np. fizjoterapeuty. W zakresie e-zdrowia wśród zadań rządu jest stworzenie ram do zrównoważonej implementacji nowych rozwiązań, zarówno przez sektor prywatny, jak i publiczny.

Rozwiązania te na pierwszym miejscu powinny stawiać wygodę, jakość oraz szybkość uzyskania pomocy przez pacjenta. To pacjent powinien mieć ostatecznie wybór, z jakiej formy opieki chce skorzystać. Szacuje się, że pacjenci kontynuujący terapię to około 60 proc. wszystkich konsultacji lekarskich w poradniach. W ostatnich latach po sukcesach rozwiązań telemedycznych mieliśmy do czynienia z chaotycznymi próbami ręcznych regulacji w zakresie np. teleporad POZ czy zdalnych konsultacji i wystawiania recept. Ministerstwo Zdrowia tłumaczyło te działania nieprawidłowościami, które jednak miały niedużą skalę, znacznie mniejszą niż korzyści dla pacjentów z tych rozwiązań (np. brak przerwania leczenia chorób przewlekłych dzięki usługom telemedycznym).

Rozwiązaniami, które znacznie przyspieszają i ułatwiają większość wizyt lekarskich, mogą być elektroniczne ankiety medyczne lub zaangażowanie do wstępnego zbierania danych osób innych niż przedstawiciele zawodów medycznych (jak miało to miejsce np. na infolinii NFZ działającej jako uzupełnienie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej).

W części przypadków, zdaniem ekspertów ZPP, ankiety medyczne mogą całkiem zastąpić wizytę u lekarza – jeśli po ich wypełnieniu algorytm zdecyduje, że nie jest ona potrzebna, np. nie ma nowych objawów, pogorszenia stanu zdrowia czy działań niepożądanych stosowanej dotychczas terapii. Podobnie w przypadku infekcji - ankiety mogą pomóc wyłapać pacjentów rzeczywiście wymagających udziału lekarza w formie teleporady czy wizyty stacjonarnej.

Kolejnym rozwiązaniem, które może uprościć korzystanie z systemu ochrony zdrowia, są telewizyty (także wideo). Mogą one być dobrym rozwiązaniem m.in. przy pierwszej konsultacji. Lekarz mógłby w czasie takiej zdalnej wizyty ocenić, czy pacjent powinien wykonać dodatkowe badania i wystawić mu e-skierowanie lub od razu przepisać leki, a jeśli to jest potrzebne, skierować chorego na wizytę stacjonarną w przychodni lub skierować do izby przyjęć. Taka pierwsza telewizyta będzie tańsza dla systemu, łatwiej dostępna dla pacjenta i „wyjmie” z kolejek stacjonarnych część pacjentów, skracając czas oczekiwania dla osób, które muszą odbyć osobiste spotkanie z lekarzem.

b. Rozwój teleopieki

Kolejnym rozwiązaniem technologicznym, które może przysłużyć się systemowi ochrony zdrowia, jest zdalne monitorowanie parametrów życiowych, monitorowanie stanu zdrowia, trybu życia, compliance. Osobną kategorią jest zdalny monitoring np. urządzeń wszczepialnych w kardiologii.

Szersze zastosowanie tych rozwiązań – np. w połączeniu z ankietami - pozwoli m.in. na analizę porównawczą wyników badań z dowolnego okresu, typowanie pacjentów wymagających szczególnej profilaktyki oraz zagrożonych chorobami cywilizacyjnymi, umożliwi też triage osób potrzebujących wizyty u lekarza lub hospitalizacji. Rozwiązania te pomagają też w opiece nad samotnymi osobami starszymi. W ramach programów samorządowych lokalne władze wprowadzały np. opaski telemedyczne alarmujące służby ratownicze w razie ustania akcji serca lub długiego braku aktywności seniora.

Objęcie pacjenta bieżącą opieką telemedyczną 24/7, opartą o regularny wywiad medyczny i monitorowanie w czasie rzeczywistym korzystnie wpłynie na skuteczność terapii oraz szybkie reagowanie w razie nasilenia problemów zdrowotnych lub zagrożenia życia i zdrowia.

Podsumowanie

Rozwiązania cyfrowe są już w wielu placówkach narzędziem ułatwiającym pacjentom uzyskanie świadczeń medycznych oraz bieżącą ocenę stanu zdrowia. Są też przydatne przy wymianie dokumentacji medycznej, umawianiu i odwoływaniu wizyt, ocenie wyników badań, w tym obrazowych.

Rosnące zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, braki kadrowe oraz duże dysproporcje w dostępie do placówek medycznych wymagają rozwijania i wykorzystywania technologii zwiększających efektywność systemu ochrony zdrowia oraz oszczędzających czas pacjentów i medyków.

Zadaniem ministra zdrowia na kolejne lata jest zbudowanie stabilnego systemu rozwoju takich usług w sektorze publicznym i prywatnym.

Obecnie rozwiązania telemedyczne w znacznej mierze koncentrują się na obszarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Wdrożone w firmach telemedycznych innowacje w znaczącym stopniu wpływają na

usprawnienie pracy lekarzy i skrócenie czasu wizyty. Korzystają z nich jednak też coraz chętniej specjalistyczne szpitale, np. Narodowy Instytut Kardiologii, w celu monitorowania pacjentów rozsianych na terenie całego kraju.

W najbliższych latach powinno się nadal rozwijać teleporady, także z zastosowaniem formularzy elektronicznych. Algorytmy pomogą w triażu pacjentów, zastępując część wizyt, ułatwią tworzenie elektronicznej dokumentacji pacjenta, będą wspierać decyzje medyczne. Prawo i finansowanie świadczeń medycznych muszą nadążać za tymi zmianami oraz być tworzone w dialogu ze środowiskiem.