

## Obronimy pacjentów przed szamanami

rozmowa z WALEDEMAREM WIERZBĄ, Dyrektorem Agencji Oceny Technologii Medycznych

miesięcznik *RYNEK ZDROWIA*, Nr 4 (10) - maj 2006 r.

**– Przed AOTM sporo pracy. Równie duże są oczekiwania wobec tej nowej instytucji. Czy zakończyła się rekrutacja specjalistów do pracy w Agencji?**

– Nadal poszukujemy osób z odpowiednimi kwalifikacjami i myślę, że ten proces będzie trwał jeszcze długo. Odzew na nasz prasowy anons był dość duży, otrzymaliśmy kilkadziesiąt zgłoszeń. Do obsadzenia jest 40 etatów. Szukamy m.in.: biotechnologów, farmaceutów, ekonomistów, biologów, specjalistów od informacji naukowej. Kilko młodych osób o tych właśnie specjalnościach już zatrudniliśmy, ale nabór cały czas trwa...

**–...a czas ucieka. Czy zdążycie Państwo wywiązać się z wyznaczonych przez ministra zdrowia terminów, w tym 2-letniego okresu na przygotowanie koszyka świadczeń?**

– Na pewno zdążymy. Pamiętać bowiem należy, że sam proces tworzenia koszyka to zadanie całego Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia i wszystkich powołanych do tego celu ekspertów. Przygotowanie koszyka nie jest w tej chwili zadaniem Agencji jako takiej; nie jest jednak możliwe, aby ci młodzi ludzie – nawet szybko i świetnie przeszkoleni geniusze – stworzyli koszyk. W realizację tego zadania muszą być zaangażowane wszystkie, możliwie jak najbardziej kompetentne, ośrodki oraz autorytety. I tak właśnie jest.

**– Krótko mówiąc, przekłamanie były doniesienia prasowe, iż „pierwszym zadaniem AOTM będzie opracowanie koszyka”?**

– Oczywiście – nie jest to nasze główne zadanie. AOTM tworzona jest po to, aby w przyszłości wymieniała informacje o technologiach i świadczeniach medycznych z całym światem, czuwając zarazem nad bezpieczeństwem oraz skutecznością kliniczną tych technologii. Natomiast dodatkowo, minister zdrowia poprosił Agencję, aby była koordynatorem i organizatorem prac, w tym spotkań i dyskusji poszczególnych zespołów nad koszykiem świadczeń.

**– Pracownicy Agencji mają zarabiać po ok. 4 tys. zł. Pensja może nie najgorsza, szczególnie dla młodych ludzi. Czy jednak nie obawia się Pan, że kiedy już te osoby wyшкоlą się i nabiorą pewnego doświadczenia – skuszone bardziej atrakcyjnymi wynagrodzeniami – odejdą, np. do przemysłu farmaceutycznego?**

– Tak, troszkę się tego obawiam. Z drugiej jednak strony przygotowujemy mechanizmy mające zachęcić tych młodych ludzi do dalszej pracy w Agencji. Umożliwiamy im zdobywanie unikalnego wyшкоlenia, także za granicą. Ponadto chcielibyśmy z czasem nieco inaczej umocować AOTM w całym systemie – jako instytucję naukową – oferującą naszym pracownikom wiele zachęt w zakresie doskonalenia zawodowego. Chodzi m.in. o umożliwianie robienia doktoratów, habilitacji, specjalizacji w różnych dziedzinach, udziału w konferencjach naukowych, zamieszczania publikacji w uznanych czasopiśmie. A wszystko to przy całkiem przyzwoitej pensji, nie zaś na wolontariacie.

**– Nie brakuje głosów, że obecne usytuowanie prawne AOTM jest błędem. Chodzi o podporządkowanie Agencji Ministerstwu Zdrowia. To oznacza, że taka instytucja być może nie będzie niezależna od woli polityków, np. w kwestii zakresu procedur medycznych finansowanych z publicznej składki, a w przyszłości także w ramach dodatkowych ubezpieczeń.**

– Zgadza się, że usytuowanie Agencji, powoływanej zarządzeniem ministra zdrowia, nie jest najszcześniejsze. Ale argumenty mam nieco inne. Otóż AOTM, jako jednostka budżetowa, ma ściśle określone w paragrafach fundusze, poza które nie może wyjść. Tymczasem Agencja ma zatrudniać fachowców o ogromnej wiedzy, a z drugiej strony winna posiadać większe możliwości – organizować szkolenia i konferencje (także odpłatne), powinna też sama sięgać po fundusze unijne, a także środki z badań naukowych. Uważam jednak, że w każdym innym kształcie prawnym Agencja również może być uległa wobec wpływów politycznych. Bo w istocie, ustawowe usytuowanie takiej instytucji nie jest najważniejsze. Decydujące znaczenie dla niezależności Agencji ma stosowana przez nią metodologia tworzenia raportów i podawanie tych informacji do publicznej wiadomości, także na forum międzynarodowym.

**– Podglądacie Państwo, jak owe raporty tworzone są w krajach, w których od dawna działają agencje oceniające skuteczność terapii i ich wpływ na budżet?**

– Zgłosiliśmy już akces do międzynarodowej organizacji zrzeszającej tego typu agendy. Wystąpiliśmy również do Banku Światowego z prośbą o raport – w jakich międzynarodowych sieciach takich agencji warto zaistnieć, a także, jakie są warunki finansowe „wchodzenia” do odpowiednich baz danych. Rzecz w tym, aby mieć dostęp do już tworzonych na świecie raportów oceniających różne procedury medyczne. Zresztą Bank Światowy już zaferował nam pomoc. Dzięki niej, bez ponoszenia kosztów przez AOTM, będziemy mogli korzystać w pracach nad koszykiem z opinii grupy wybitnych ekspertów, m.in. w dziedzinie zdrowia publicznego i ekonomiki zdrowia. Odbyliśmy już trzy spotkania z przedstawicielami Banku Światowego. Byli zaskoczeni tym, jak dużo już ustaliliśmy.

**– Wbrew opiniom sceptyków, jest Pan przekonany, że polski koszyk wreszcie powstanie. Urzędowy optymizm?**

– Absolutnie nie! Powtarzam – organizacyjnie bez wątplenia podołamy temu zadaniu. W pracach nad polskim koszykiem już biorą udział wszyscy najwybitniejsi krajowi eksperci w dziedzinie technologii medycznych, a także doskonale znający zasady tworzenia koszyków w innych krajach. Są wśród nich m.in. dr Krzysztof Łanda i prof. Rafał Niżankowski (byli kandydatami na stanowisko dyrektora AOTM – przyp. red.), prof. Romuald Holly, a także wiele, wiele innych osób, prezentujących najróżniejsze opcje. Cieszę się, że w te prace zaangażowały się najważniejsze polskie ośrodki naukowe, m.in. z Krakowa, Warszawy, Łodzi, Nowego Sącza, a także organizacje – w tym Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Naczelna Izba Aptekarska oraz Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych.

Rzecz jasna koszyk, który powstanie, nie będzie od razu tworem doskonałym, danym raz na zawsze i nie podlegającym ewolucji. Tak zresztą nie jest nigdzie na świecie. Mówi się o agencjach „cięższych”, które wszystkie raporty wykonują własnymi siłami, oraz „lżejszych”. Tym drugim agencjom to sami aplikujący o umieszczenie kolejnych procedur w koszyku muszą dostarczyć raporty HTA (Health Technology Assessment).

Myślę, że AOTM powinna stać się agencją typu „mieszanego”. Nasi specjaliści mają być na tyle wykwalifikowani, by ocenić jakość takich zewnętrznych raportów, tropić w nich przekłamania, itp. Jednocześnie zespół ekonomiczny będzie obliczał wpływ technologii na budżet systemu.

**– O ile to możliwe – proszę w kilku zdaniach określić kształt koszyka świadczeń, najbardziej bliski dyrektorowi AOTM...**

– Jak wiadomo, mamy generalnie dwa rodzaje koszyka – negatywny i pozytywny. W Polsce trzeba opracować i jeden, i drugi. Dlaczego? Bo taka jest wola ministra zdrowia i chyba całego środowiska medycznego. Trzeba więc najpierw stworzyć koszyk wszystkich technologii medycznych, które mogą być w Polsce wykonywane. Z tego wydzielony zostanie koszyk pozytywny – ze świadczeniami opłacanymi (a wcześniej wycenionymi) z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Wszystkie pozostałe technologie, objęte innymi typami ubezpieczeń, także muszą być precyzyjnie opisane i zdefiniowane. Bo mają być bezpieczne i skuteczne. A ile trzeba będzie zapłacić za nie w różnych ubezpieczalniach, to już nas nie interesuje. Jednak ubezpieczyciele komercyjni nie mogą mieć w Polsce wyłącznego wpływu na to, jaką technologię kontraktują. Nie damy np. szamanowi z Filipin prawa do operowania wyrostka i kontraktowania przez prywatnego ubezpieczyciela rąk, które rzekomo leczą.

ROZMAWIAŁ: WOJCIECH KUTA