

Kryzys, czyli czas na zmiany

Rozmowa z Andrzejem Rysiem, dyrektorem odpowiedzialnym za sprawy systemów zdrowia i produktów zdrowotnych w Departamencie Zdrowia Publicznego Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów Komisji Europejskiej.

Czym Komisja Europejska zajmie się w najbliższym czasie w obszarze ochrony zdrowia?

Wyzwaniem, o którym w Polsce mówi się – na szczęście – nieco mniej niż w innych krajach UE: kryzysem ekonomicznym. Ten kryzys uświadomił wielu społeczeństwom europejskim, że stare systemy ochrony zdrowia, obowiązujące w ich krajach, są nieefektywne, nie sprawdzają się. Od Grecji przez Włochy, Hiszpanię, Portugalię, Irlandię aż po Wielką Brytanię coraz powszechniej słychać głosy, że czas na zmiany. Są one wprowadzane przez polityków, ale często nie ma na nie przyzwolenia społecznego, choć wszyscy zdają sobie sprawę z koniecznych cięć, w tym pensji.

Czy to oznacza, że reformy będzie wprowadzać Bruksela? We wszystkich krajach Unii Europejskiej naraz?

Tak się nie stanie. Systemy ochrony zdrowia w krajach członkowskich działają na różnych zasadach. Nie ma możliwości napisania jednej recepty, wspólnego prawa, które przyniosłoby równie pozytywne skutki we wszystkich krajach członkowskich. Na przykład rozwiązanie dobre dla Brytyjczyków zastosowane „dosłownie” mogłoby poważnie zaszkodzić albo przynajmniej nie przyjąć się w Polsce czy innym kraju UE. Zdajemy sobie z tego sprawę, ale wiemy również, że wszystkie systemy mają jakiś wspólny mianownik, wspólne cechy, wspólne problemy, które łatwiej rozwiązywać wspólnymi siłami niż w pojedynkę. I pracujemy nad rozwiązaniami, które pomogąby uzyskać taką oszczędność sił i funduszy.

Co to oznacza w praktyce? Na jakim etapie są te prace?

Odpowiem przykładami. Pracujemy nad zacieśnieniem współpracy narodowych (czasem regionalnych, jak na przykład w Hiszpanii i we Włoszech) agencji oceny technologii medycznych. Dziś każdy z 27 krajów UE dokonuje odpowiednich ekspertyz osobno i niemal od zera. Nam zależy na tym, by jak najwięcej prac przeprowadzać wspólnie, by lwią część zadań w ocenie skuteczności technologii wykonywana była raz, w ramach europejskiej współpracy, a nie 27 razy. Wiedza medyczna – baza tej wiedzy – jest podobna, wnioski medyczne można wyciągnąć raz a dobrze, nie zaś 27 razy. I na takiej ocenie współpraca w ramach wspólnej europejskiej sieci musiałaby się skończyć. Dalsze analizy ekonomiczne czy decyzje o wpisaniu leku lub technologii na listę refundacyjną lub do koszyka świadczeń finansowanych z funduszy publicznych pozostawałyby w gestii agend krajów członkowskich. Tego nie unikniemy. Chcielibyśmy natomiast uniknąć dublowania działań i wzmocnić współpracę merytoryczną pomiędzy ekspertami i agencjami. Drugi przykład: choroby rzadkie. Często jest tak, że nie są one leczone albo nie są dobrze leczo-

ne, bo w skali jednego kraju zachorowań jest tak niewiele, że państw nie stać na utrzymywanie osobnych ośrodków wyspecjalizowanych w ich leczeniu. Ale to, co jest nieopłacalne, co ma za małą skalę jak na możliwości jednego kraju, może mieć odpowiednią skalę, gdy weźmiemy pod uwagę całą Europę. Sądzę, że w wypadku chorób rzadkich powinniśmy podejmować wysiłki w celu powołania sieci ogólnoeuropejskich ośrodków wyspecjalizowanych w leczeniu każdej z nich. Za tym powinny iść odpowiednie regulacje umożliwiające współpracę z zastosowaniem telemedycyny, wymiana doświadczeń, lepszy dostęp do wiedzy dla pacjentów i ich rodzin, prowadzenie projektów badawczych i badań klinicznych. Znacznie bliżej celu jesteśmy w sprawie stworzenia wspólnej, ogólnoeuropejskiej instytucji zbierającej i analizującej dane o działaniach niepożądanych leków. Dzięki współpracy na szczeblu europejskim odpowiednia baza danych będzie obszerniejsza, tym

„ Kryzys uświadomił wielu społeczeństwom europejskim, że obowiązujące w ich krajach systemy ochrony zdrowia są nieefektywne, nie sprawdzają się ”

samym stanowić będzie lepsze źródło wiedzy i platformę do podejmowania decyzji. Liczymy więc, że z punktu widzenia pacjentów i narodowych agencji będzie to działanie opłacalne i przynoszące lepsze efekty. Uda się nam także szybko doprowadzić do nowych regulacji dotyczących sprzętu i wyrobów medycznych. Dodatkowym impulsem do zbudowania lepszego systemu kontrolnego w tym obszarze w Unii Europejskiej był skandal związany z wadliwej jakości wkładkami silikonowymi do piersi. Powszechniejsze stało się przekonanie, że potrzeba i w tej kwestii ściślejszej kontroli, lepszego nadzoru, a te cele najłatwiej osiągnąć, współpracując w skali ogólnoeuropejskiej.

Przedstawiciele Europejskiej Federacji Szpitali HOPE kontestują unijne regulacje w sprawie czasu pracy lekarzy. Ich zdaniem, na przykład w Niemczech spowodowały one z dnia na dzień znaczne niedobory lekarzy. Niezadowoleni są też przedstawiciele innych organizacji szpitalnych z krajów członkowskich UE. Czy w tej sprawie kłamka rzeczywiście już zapadła?

Temat nie jest zamknięty. W tej sprawie projekt nowych regulacji przedstawimy w najbliższych miesiącach. Przedstawiciele szpitali, pracodawców nie są i nie



fot. Paweł Superniak/PAP

„ W wypadku chorób rzadkich powinniśmy podejmować wysiłki w celu utworzenia sieci ogólnoeuropejskich ośrodków wyspecjalizowanych w leczeniu każdej z nich „

mogą być jedynymi uczestnikami dyskusji na ten temat. Liczy się także zdanie związkowców, pracowników, konieczność zapewnienia lekarzom odpowiednich warunków. Zapewnienia, czyli prawnego zagwarantowania. Staramy się wypracować konsensus między wszystkimi uczestnikami tej debaty. Jak państwo wiecie, debata trwa od kilku lat i nie udaje uzyskać się wspólnego rozwiązania. Czas pracy to nie jedyny wrażliwy temat debaty w sprawie pracowników ochrony zdrowia. Kilka miesięcy temu Komisja Europejska zaprezentowała nowe regulacje dotyczące wzajemnego rozpoznawania kwalifikacji medycznych w krajach Unii Europejskiej. Generalnie chodzi nam o to, by jak najbardziej uprościć procedury. By na przykład dyplom lekarza, pielęgniarki czy farmaceuty zdobyty w Polsce był nie tylko automatycznie, ale i sprawniej uznawany we wszystkich krajach Unii Europejskiej – i na odwrót, by Polska automatycznie i sprawniej uznawała dyplomy szwedzkie czy rumuńskie. Podobnie jest ze specjalizacjami, certyfikatami umiejętności. Chcemy uprościć przepływ pracowników medycznych między krajami członkowskimi. Zależy nam też na lepszej współpracy w zakresie pla-

nowania kadr, kształcenia studentów i stworzenia lepszych systemów powrotów do zawodu, np. po przerwie spowodowanej obowiązkami rodzinnymi.

Co oprócz kryzysu ekonomicznego jest najważniejszym wyzwaniem dla ochrony zdrowia w Europie?

Mam nadzieję, że różnymi działaniami w Europie i na rynku globalnym uda się pokonać kryzys. Najważniejszym, długofalowym wyzwaniem jest starzenie się społeczeństw europejskich – wyzwaniem daleko wykraczającym poza zadania ochrony zdrowia, wymagającym ogólnonarodowej debaty, na przykład takiej jak dyskusje o wydłużeniu wieku emerytalnego. Systemy ochrony zdrowia muszą uwzględnić zmiany demograficzne, dbać o to, by starsi ludzie byli aktywni jak najdłużej, w jak najlepszym zdrowiu. Musimy szukać nowych rozwiązań na przyszłość. A jest to trudne, bo choć wiemy, że będziemy żyli dłużej, trudno przewidzieć wszystkie zmiany technologiczne i społeczne. Jest to wielkie wyzwanie dla polityków, naukowców, samorządów, profesjonalistów od ochrony zdrowia i pomocy społecznej oraz przedsiębiorców.

Bartomiej Leśniewski