



**Iwona Schymalla**, 2017-03-29 09:54

## Krzysztof Łanda: medycyna personalizowana to nie tylko droga diagnostyka i kosztowne leczenie



Fot. Medexpress TV

**Czy medycyna personalizowana to wyłącznie ruch na rzecz drogiego leczenia i firm farmaceutycznych? Z wiceministrem Krzysztofem Łandą rozmawia Iwona Schymalla.**

**Panie ministrze, co dalej z nowelizacją tzw. dużej ustawy refundacyjnej?**

Chciałbym, aby było to jak najszybciej. Projekt ustawy jest po konsultacjach wewnętrznych i zewnętrznych, po konferencji konsensusu. Zgłoszono nam w konsultacjach zewnętrznych ponad 500 uwag. Niektóre zasadne. W związku z tym od połowy grudnia do połowy lutego przeglądaliśmy je. Projekt ustawy jest obecnie gotowy do wyjścia na komitet stały rady ministrów, natomiast jeszcze NFZ zgłosił nam uwagi oraz jeszcze kilka uwag wewnętrznych Ministerstwo Zdrowia. Minister Zdrowia postanowił poddać te uwagi jeszcze dodatkowej dyskusji. W tej chwili zależy tylko od ministra Radziwiła, kiedy uzna, że projekt ustawy powinien wyjść na komitet stały rady ministrów. Mijemy nadzieję, że to kwestia dwóch do czterech tygodni.

**Czyli nie przewidują Państwo poszerzenia konsultacji jeszcze o inne podmioty?**

Konsultacje zewnętrzne zakończyły się. Wszyscy, którzy chcieli, zgłosili uwagi. Cały projekt jest przygotowany, również projekty rozporządzeń do ustawy. Jest więc to tylko kwestią decyzji o końcu dyskusji przedparlamentarnych i wyjścia projektu na rząd, a potem do parlamentu. To oczywiście nie wyklucza dalszych dyskusji i poprawek, ale wydaje mi się, że jest już koniec przynajmniej fazy przedrządowej.

**W zeszłym roku na ręce ministra Pinkasa, w tym roku na Pana ręce, została złożona przez Polską Koalicję Medycyny Personalizowanej deklaracja budowy spójnego systemu w medycynie personalizowanej. To kolejny krok, żeby zbudować spójny system diagnozowania pacjentów, wczesnego diagnozowania genetycznego i patomorfologicznego. Mamy szanse na zbudowanie takiego systemu, jak np. we Francji?**

Rzeczywiście, do tej pory system diagnostyki molekularnej był stworzony w sposób chaotyczny, oddolny i bez koordynacji. W tej chwili minister zdrowia współpracuje nad tym ze specjalistami, którzy mają dla nas różnego rodzaju propozycje wymagające zarówno zmian w koszyku, jak i taryf, być może również wprowadzenia standardów organizacyjnych. Oprócz tego, życzyłbym sobie, żeby w ramach tych standardów organizacyjnych powstały również kryteria geograficzno-demograficzne dla poszczególnych laboratoriów.

Ważną kwestią jest prowadzenie polityki lekowej, ponieważ część testów diagnostyki molekularnej wiąże się potem z dosyć drogim leczeniem. Powstaje pytanie kto powinien płacić za diagnostykę molekularną. Oczywiście w ramach porozumień instrumentów dzielenia ryzyka z przemysłem farmaceutycznym koszty może ponosić albo firma farmaceutyczna w ramach wynagrodzenia, które otrzymuje za leki, może finansować te testy, albo odwrotnie, firma może mieć większą skłonność do obniżania ceny efektywnej, jeśli minister zdrowia i płatnik mają potem ponosić koszty tego leczenia.

Chciałbym zaapelować, abyśmy nie rozumieli medycyny personalizowanej w sposób wąski, ponieważ wtedy może być postrzegana, że to tylko i wyłącznie ruch na rzecz drogiego leczenia i firm farmaceutycznych.

Nie! Medycyna personalizowana była zawsze. Lekarz zawsze miał obowiązek traktowania pacjenta w sposób indywidualny. Są pacjenci, którzy nie spełniają kryteriów włączenia do badań klinicznych. I oni muszą być traktowani w sposób odrębny niż większość pacjentów poddanych standardowej terapii. Medycyna z jednej strony będzie szła w kierunku standaryzacji metod i lekarze muszą znać standardy postępowania, natomiast z drugiej strony, coraz lepsze są możliwości diagnostyczne, coraz większe możliwości dopasowania terapii do indywidualnych potrzeb pacjenta. Ale również jest coraz bardziej podmiotowe traktowanie pacjenta, który coraz częściej jest wspierany przez lekarza w informacji i dowody naukowe. I lekarz coraz częściej jest konsultantem pacjenta, który wybiera dla siebie najwłaściwszą metodę leczenia.

Niektórzy pacjenci nie chcą np. chirurgicznego leczenia tylko chemioterapię. Inni z kolei mówią: zależy nam na większym przeżyciu, a jakość życia ma mniejsze znaczenie, w związku z tym nie chemioterapia tylko chirurgia. Pacjenci mają różne wartości i priorytety. Wydaje mi się, że częściej w medycynie musimy to uwzględniać. Dlatego apeluję o traktowanie medycyny personalizowanej w stopniu szerszym niż tylko jako drogą diagnostykę oraz kosztowne leczenie.