

Dlaczego przepłacamy za leki

Jak Zabłocki na mydle

Marzena Sygut



foto: iStockphoto

Chociaż stale się słyszy, że przyczyną trudności w dostępie do drogiej terapii jest zbyt mały budżet, trudno się oprzeć wrażeniu, że gdyby w administracji zdrowia zasiadali dobrzy ekonomiści, pieniędzy starczyłoby na dużo więcej.

W ubiegłym roku Ministerstwo Zdrowia przeznaczyło na refundację leków ponad 8 mld zł, o 800 mln zł więcej niż zapowiadało. Dla przeciętnego obywatela to sporo. Jak jednak wynika z analizy *Badania budżetów domowych* (GUS) przeprowadzonej przez doc. dr Zofię Skrzypczak z Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, w przypadku starzejącego się społeczeństwa kwota ta to kropla w morzu potrzeb. Rząd ostrzega, że więcej nie ma i nie da. Wprawdzie wiceminister zdrowia Marek Twardowski, optymistycznie podchodzący do sprawy, prognozując politykę zdro-

wotną na 2010 r., obiecał, że jeśli tylko sytuacja polskich obywateli się poprawi, spadnie bezrobocie, a do budżetu wpłynie więcej pieniędzy, znajdą się dodatkowe fundusze na kolejne leki. A jeśli się nie poprawi? To pacjent będzie musiał poczekać do następnego roku. Może wówczas będzie miał więcej szczęścia. A przecież zwiększenie budżetu to nie jedyny sposób, by kupić więcej towaru. Są inne mechanizmy rynkowe. Trzeba tylko umieć je dostrzec i wykorzystać.

Refundacja (nie)kontrolowana

Zasady ustalania wykazów leków refundacyjnych zostały określone 29 września 2007 r. w zmianach do ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych.

Miały one zagwarantować obywatelom, iż Ministerstwo Zdrowia każdego roku, nie rzadziej niż co 90 dni, będzie nowelizowało listy refundacyjne. Zapis ten miał znacznie przyspieszyć umieszczanie nowych leków w wykazach leków refundowanych. Niestety, wbrew ustawowym wskazaniom, w ubiegłym roku nowelizacja pojawiła się zaledwie dwukrotnie – w marcu i grudniu. Resort tłumaczył to zbyt długo trwającą ścieżką legislacyjną. Tymczasem, jak twierdzą farmakoekonomiści i przedstawiciele producentów leków generycznych, częściej nowelizując listy, można uzyskać duże oszczędności i zgromadzone w ten sposób pieniądze zainwestować w inne leki.

Do wymiany od zaraz

W każdym cywilizowanym kraju listy leków refundowanych są aktualizowane, tzn. usuwane są z nich preparaty stare, o znikomej wartości terapeutycznej, których ceny producenci utrzymują na wysokim poziomie. W Polsce mechanizm jest inny – tylko dopisujemy. Nikt nie sprawdza, czy umieszczone kilka lat temu specyfiki nie zdezaktualizowały się. – *Można przecież obligatoryjnie zarządzić, że jeżeli lek jest na liście np. od 10 lat, musi stanąć o 10 proc., jak to się robi w niektórych krajach* – tłumaczy dr Michał Matecki. Rozstrzygnięcie tego problemu przeanalizował dr Tadeusz Jerzy Szuba, redaktor naczelny *Aptekarza* (nr 1/2010). Ponieważ, jak pisze, państwo od 20 lat nie wypracowało żadnej koncepcji dotyczącej refundacji, zaproponował stosowanie kupieckiego systemu nakłaniającego oferentów do ostrej walki konkurencyjnej. Na przykład akceptowanie produktów synonimicznych z cenami w przedziale $X + 25$ proc. Przy cenie najniższej 50 zł – pisze – radzę tolerować wszystkie synonimy z cenami w przedziale 50 zł + 25 proc., to jest od 50 zł do 62,50 zł. Droższych nie refundować. Tu nie powinno być dogmatyzmu – dodaje. Od zaproponowanej zasady można odstępować nieco, zwłaszcza gdy asortyment z cenami $X + 25$ proc. nie gwarantuje pokrycia ilościowych potrzeb. Idąc tym śladem, dr Szuba podaje przykłady, ile można zaoszczędzić, a są to kwoty wyrażone w setkach milionów złotych. I tak np. *Ramipril, doskonały inhibitor ACE do obniżania ciśnienia, jest dostarczany przez 10 dostawców pod różnymi nazwami handlowymi i w różnych cenach, od 5,47 zł do 17,22 zł za opakowanie 28 tabletek 2,5 mg. Obecnie refunduje się wszystko. Trzeba refundować tylko 6 ramiprili, mieszczących się w przedziale 5,47–6,84 zł (zgodnie z wzorem). Skreślić z listy rządowej cztery synonimy, włącznie z najmodniejszym i najdroższym. Przy obrotach ramiprilami rzędu 750 mln zł pacjenci i rząd (NFZ) zyskają ok. 350 mln zł. Montelukast do leczenia astmy jest natomiast dostarczany z pięciu źródeł. Gdyby zrezygnować tylko z jednego, najdroższego, zaoszczędzi się 55 mln zł.* Takich przykładów analiz ekonomicznych dr Szuba podaje o wiele więcej. Te dwa jednak wystarczą do uświadomienia sobie, jakie są to kwoty.

„ Zwiększenie budżetu to nie jedyny sposób, by kupić więcej towaru. Są też inne mechanizmy rynkowe. Trzeba tylko umieć je dostrzec i wykorzystać ”

Utopione pieniądze

Lista leków refundowanych nie jest stała. Każdego roku firmy farmaceutyczne ubiegają się o umieszczenie na niej własnego specyfiku, który właśnie po wielu miesiącach oczekiwania udało się zarejestrować na rynku. To doskonały moment na negocjacje o cenie preparatu. Jest bowiem rzeczą naturalną, że jeżeli administracja umieszcza dany lek na liście leków refundowanych, daje firmom możliwość zaistnienia na rynku i olbrzymie zyski. Dlatego powinna uzyskać od producenta obniżkę ceny o 20–30 proc. A u nas zdarza się nawet, że mechanizm jest odwrotny. Doskonale radzą sobie z tym bogate kraje skandynawskie, np. Dania, która potrafi obniżyć ceny podczas negocjacji nawet o kilkadziesiąt procent.

„ Każdego roku firmy farmaceutyczne ubiegają się o umieszczenie na liście leków refundowanych swoich specyfików. To doskonały moment na negocjacje o ich cenach ”

W wielu krajach wszystkie leki na receptę są refundowane. U nas aż ponad 20 proc. wartości rynku stanowią leki nier refundowane, a wydawane wyłącznie z przepisu lekarza. Wiele z nich powinno się znaleźć na liście, a tymczasem są poza kontrolą NFZ, mają dowolne ceny i marże, pacjenci płacą jak za zboże. Gdzie troska ministerstwa o pacjenta?

Tymczasem resort zdrowia zamiast sprawnych negocjacji i ekonomii funduje nam usztywnienie cen leków refundowanych, czyli by we wszystkich apte-

„ W trwającej od lat dyskusji o cenach leków zapominamy o ważnym ogniwie, jakim jest lekarz „

kach ceny były identyczne. Dotychczas cena składała się z dwóch elementów: limitu, który płaci NFZ, i pozostałej części – płaconej przez pacjenta. Ta właśnie część podlega regułom konkurencji. Nie podoba się to ministerstwu. Chce ono, by pacjent nie musiał porównywać cen, tylko wszędzie – dzięki sztywnym marżom – byłyby one jednakowe. Ekonomiści ostrzegają, że taka polityka tylko pogorszy sytuację na rynku leków. Monika Bychowska z Instytutu Prawa Konkurencji przekonuje, że zgodnie z zasadą wolnego rynku, brak rywalizacji cenowej spowoduje jedno: nieuchronnie wzrosną ceny leków, a co za tym idzie – stracą pacjenci, którzy i tak ponoszą już olbrzymie koszty. W Polsce współpłacenie za leki należy bowiem do najwyższych w Europie i sięga 60 proc., a za leki refundowane – 30 proc.

Najdroższy nie znaczy najlepszy

W trwającej od lat dyskusji o cenach leków zapominamy o ważnym ogniwie, jakim jest lekarz. To on wypisując recepty, wskazuje pacjentowi lek, który ten powinien kupić. Z tego też powodu powinien podlegać kontroli.

Na początku tego roku polski oddział światowej koalicji przeciwko korupcji Transparency International opublikował na swojej stronie internetowej informację o badaniach austriackich kolegów dotyczących korupcji przy przepisywaniu leków. Jak wynika z przeprowadzonych przez nich badań, lekarze kierują się niekoniecznie wiedzą o działaniu leku, ale zyskami, jakie czerpią od firm farmaceutycznych. Według wspomnianej analizy, za przepisywanie tych leków lekarze mieli być premiowani przez koncerny farma-

„ Ministerstwo powinno zmienić marże apteczne, aby aptece opłacało się wydać lek najtańszy „

ceutyczne kwotami od 10 do 1000 euro. Trudno w sposób jednoznaczny przenieść tę sytuację do Polski, jednak trzeba o tym pamiętać w momencie, gdy na całym świecie głośno jest o zyskach, jakie czerpią lekarze z kontaktów z przedstawicielami medycznymi i kontrolować, jakie leki zapisują. Problem ten dostrzegali już minister zdrowia prof. Zbigniew Religa, co znalazło odzwierciedlenie w dokumencie zatytułowanym *Polityka lekowa 2004–2008*. Umieszczono tam zapis o monitorowaniu preskrypcji lekarskiej. Nic konkretnego jednak z tego nie wyniknęło. Do dziś nie udało się opracować standardów leczenia, których lekarz musiałby się trzymać. – *Tymczasem w krajach bogatych istnieje coś takiego jak receptariusz, z którego wynika, jak powinno się leczyć konkretne schorzenie. Kiedy jest ten receptariusz, a lekarz zapisuje drogie leki, to można go zapytać, dlaczego to robi* – mówi dr Michał Matecki. Píše o tym też dr Tadeusz Jerzy Szuba w ostatnim *Aptekarzu*, pokazując, ile kosztuje tani generyk i dlaczego lekarze powinni leczyć takimi właśnie lekami.

Wprowadzenie receptariuszy, zaleceń terapeutycznych z podaną ceną sprzedaży danego leku przewiduje też projekt ustawy dotyczącej refundacji leków, opracowany w czerwcu ubiegłego roku przez Polską Konfederację Pracodawców Polskich Lewiatan wspólnie z Polskim Związkiem Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego.

Innym sposobem obejścia tego problemu mogłoby być zalecenie lekarzom stosowania nazw międzynarodowych substancji aktywnej przy wypisywaniu konkretnego leku. Dzięki temu to pacjent, za poradą aptekarza, mógłby decydować, jaki lek kupić. – *Aby mechanizm ten zadziałał, ministerstwo powinno zmienić marże apteczne, aby aptece opłacało się wydać lek najtańszy. Są kraje w UE, gdzie lekarz ma obowiązek umieścić na receptie międzynarodową nazwę leku, a aptekarz musi wydać najtańszy produkt leczniczy, chyba że pacjent odmówi i dopłaci z własnej kieszeni* – mówi dr Michał Matecki.

Wielka przegrana

Kiedy niezależni farmakoekonomiści, analizując rynek leków, wskazują konkretne rozwiązania, rodzimi decydenci zdają się głuchnąć. Nie próbują też czerpać z dobrych i sprawdzonych w Europie przykładów, jak ognia unikają debat społecznych. Jedyнным ich sposobem na rozwiązanie zawyżonych kwestii finansowych jest poszukiwanie własnej ścieżki, niestety, jak się potem okazuje, zwykle chybionej. Kompletna nieudolność decydentów powiązana jest też ściśle z nieustannymi wyborami w kraju, czy to prezydenckimi, czy parlamentarnymi, które blokują konstruktywne zmiany. W tej sytuacji pacjentom pozostaje jedynie nadzieja, że przegrana bitwa nie świadczy o przegranej wojnie. Pytanie tylko, ile tych bitew można jeszcze przegrywać? ■