



Wspólne ryzyko

Bryce D. Carmine, wiceprezes Lilly Bio-Medicines, dla *Menedżera Zdrowia*

Unia Europejska, liczne rządy na całym świecie, w tym polski, promują leki generyczne kosztem innowacyjnych. Jak pan to przyjmuje?

Ze zrozumieniem. W końcu koszt terapii ma olbrzymie znaczenie. Jeżeli promowane leczenie jest tańsze i legalne, a przy tym równie dobre i skuteczne co droższe, to jest argument niepodważalny, nie ma sensu z nim dyskutować. Trzeba go po prostu przyjąć do wiadomości i wyciągnąć wnioski. To nie w promocji generyków tkwi główne zagrożenie dla firm zajmujących się lekami innowacyjnymi, ale w tym, że partnerzy dialogu społecznego w którymś momencie zapomną, że nadrzędnym interesem i celem tego dialogu jest dobro pacjenta. My o tym nie zapominamy.

Co pan ma na myśli? Skoro firmy farmaceutyczne nie zapominają, to kto zapomina?

Jak powiedziałem, gdy promowane leczenie jest tańsze i legalne – nie widzę problemu. W takich wypad-

kach to my się musimy dostosować do rynku, nie rynek do nas. Gorzej jest, gdy promowane jest gorsze kosztem lepszego. Gdy pacjenci nie mają dostępu do najnowocześniejszych terapii albo są leczeni starymi metodami nieskutecznie, co w ostateczności też generuje olbrzymie koszty dodatkowe, których można by uniknąć, gdyby od razu zastosowano nowe terapie o udowodnionej skuteczności – od samego początku leczenia. Nie zawsze, ale w bardzo wielu wypadkach to właśnie rynek i rzetelna kalkulacja ekonomiczna decydują o dokonaniu zakupu czegoś drogiego, ale skutecznego zamiast taniego, lecz niepewnego.

Powiedział pan „rynek”. Co to znaczy rynek w biznesie farmaceutycznym? Co znaczy w odniesieniu do leków innowacyjnych? Kto i co jest główną osią tego rynku?

W ostatecznym rozrachunku główną osią jest pacjent. Ale w przeciwieństwie do innych rynków, tu nie ma



prostego przełożenia producent – handlowiec – klient. Nasz produkt, zanim trafi do ostatecznego odbiorcy, przebywa skomplikowaną drogę. W wielu wypadkach jednym z najważniejszych ogniw są podmioty podejmujące decyzje refundacyjne. Od tego, jak ułoży się współpraca między tymi podmiotami a firmami farmaceutycznymi, zależy los milionów pacjentów na świecie. W tym, co powiedziałem, nie ma najmniejszej przesady. My zdajemy sobie z tego sprawę, podejmujemy wyzwanie, choć przyznam, że to bardzo trudne zadanie.

Dlaczego? Co sprawia największą trudność?

W wypadku mojej firmy podmioty podejmujące decyzje refundacyjne pochodzą z całego świata, z krajów o różnym poziomie zamożności. Każdy z nich na co innego kładzie nacisk, czego innego wymaga. Na dodatek kalkulacja ekonomiczna przeprowadzona jak najrzetelniej i najpoprawniej np. w Wielkiej Brytanii nijak się będzie miała do warunków Sri Lanki, gdzie realia ekonomiczne są zupełnie inne. Dla każdego podmiotu trzeba przygotować inną kalkulację, wynegocjować inne warunki refundacji. My ten trud podejmujemy. W końcu nie chodzi nam o to, by z najlepszych form terapii korzystali wyłącznie wybrańcy. Chcemy, by decydowały nie tylko względy ekonomiczne, by dostęp do nowoczesnych leków był jak najpowszechniejszy.

Co stoi zatem na przeszkodzie, by firmy farmaceutyczne najzwyczajniej w świecie wyrażały ceny nie w dolarach, ale w procentach PKB *per capita*? Ten sam lek kosztowałby więcej w krajach najwyżej rozwiniętych, a mniej w uboższych. Przecież to prosty przelicznik, konkretne dane na temat dysproporcji między poziomami zamożności społeczeństw są dostępne, publikowane na bieżąco przez Bank Światowy. Wystarczy je proporcjonalnie przenieść na cenę leku w każdym kraju, według współczynnika: dochód narodowy brutto/liczba obywateli.

To niewykonalne. Dysproporcje w dochodach między państwami i ich obywatelami liczone są w tysiącach procent. Przyjęcie pańskiej propozycji oznaczałoby, że cena tego samego leku w bogatym kraju byłaby kilkadziesiąt razy wyższa niż w biednym. Byłoby naiwnością sądzić, że przy tych dysproporcjach system przetrwałby choćby tydzień. Mielibyśmy wyłącznie czarny rynek zamiast rynku, to prowadzi donikąd. Pracujemy nad lepszymi rozwiązaniami wraz z naszymi partnerami z podmiotów podejmujących decyzje refundacyjne. Po prostu negocjujemy z coraz lepszymi skutkami, mamy coraz lepsze efekty i instrumenty.

Jakie to instrumenty?

Podział ryzyka (*risk sharing*) – dzięki niemu bierzemy na siebie część ryzyka związanego z decyzją refundacyjną. Gdy okaże się, że popyt na lek przewyższy wynegocjowany pułap ilościowy, nadwyżkę wydatków rekompensujemy. To tylko jedna z form podziału ryzyka, nie ma miejsca na to, by wymieniać tu wszystkie. Sama idea polega na tym, że rozumiemy to, iż podmioty refundacyjne dysponują zamkniętymi budżetami, a każda ich decyzja skutkuje nie do końca przewidywalnymi konsekwencjami finansowymi. Wychodzimy im naprzeciw, biorąc na siebie część ryzyka. W ten sposób udaje nam się znacznie zwiększyć dostępność leków innowacyjnych.

A przy tym – zyski. Otwieracie przed sobą rynek wcześniej zamknięty.

Jest w tym racja. Ale to nie o zyski chodzi nam najbardziej. Branża farmaceutyczna jak żadna inna uczy respektu wobec klienta, partnera, pacjenta. Ci, dla których zyski były najważniejsze, dawno już wypadli z rynku, bo utracili zaufanie pacjentów i partnerów biznesowych. W naszej branży najważniejsze jest to, by w razie jakichkolwiek wątpliwości, negocjacji – w pierwszej kolejności decydowało dobro pacjenta. I tak właśnie jest w wypadku podziału ryzyka, w prowadzonych przez nas badaniach klinicznych, epidemiologicznych. Tej zasady po prostu nie wolno tracić z oczu. Kto ją traci, kimkolwiek by był, zawsze na rynku farmaceutycznym przegra.

Rozmawiał: Bartłomiej Leśniewski