

Co oszczędzimy na lekach – wydamy na leczenie szpitalne

Meandry współpłacenia

Naczelna Rada Aptekarska ogłosiła, że jedna czwarta pacjentów rezygnuje z wykupienia przepisanych im leków, gdy dowiadują się, ile mają za nie zapłacić. Informacja smutna.

Raz – ze względu na żal, jaki niemożność ratowania swego zdrowia sam w sobie budzi. Dwa – ze względu na duże koszty szpitalnego leczenia chorób, gdy brak stosownego postępowania w ambulatoryjnej ich fazie skutkuje hospitalizacją. Przykład to nieleczone nadciśnienie i następnie podejmowane już w szpitalu wysiłki na rzecz ograniczenia jego skutków (szkody w mózgu, sercu, tętnicach obwodowych, nerkach). Koszty te ponosimy potem wszyscy.

Mit tanich leków

Leki w Polsce są stosunkowo tanie, ale pojęcia tani czy drogi mają wartość względną. Częstym powodem przewlekłego zażywania leków przez 70-letniego Polaka są nadciśnienie, hipercholesterolemia, cukrzyca, choroba wieńcowa, profilaktyka choroby wrzodowej, choroba zwyrodnieniowa stawów, jaskra, przerost gruczołu krokowego. Jeżeli ktoś ma wymienione powody do zażywania korespondujących z nimi leków, ale skromną emeryturę, to miesięczny na nie wydatek może przerastać jego finansowe możliwości.

Co więc zrobić, aby dostępność leków dla osób ze skromnymi dochodami poprawić i to bez przerzucania kosztów tej operacji na całe społeczeństwo (jak bezpłatne leki dla emerytów, co kiedyś już przerabialiśmy, a co skutkowało nadużyciami i/lub marnowaniem się leków)?

Duże możliwości tkwią w wybieraniu przez lekarza najtańszych leków w danej grupie. Powtarzam: przez lekarza. Istnieje wprawdzie możliwość czy nawet zalecenie, aby aptekarze proponowali pacjentom zamiany leków z recepty na tańsze odpowiedniki. Ale to nie działa. Apteka, w której sam się zaopatruję, nawet nie ma na składzie tych najtańszych. Dlaczego? Bo nasi lekarze ich nie zapisują. A doradzanie przez farmaceutę

„Apteka, w której sam się zaopatruję, nawet nie ma na składzie najtańszych leków. Dlaczego? Bo nasi lekarze ich nie zapisują”

zamiany zaordynowanego przez lekarza leku na tańszy budzi obawy o jego skuteczność. I niszczy efekt placebo. Czyli wyboru leku najtańszego spośród jednakowych lub podobnych powinien dokonywać lekarz. I jest to, moim zdaniem, nasz patriotyczny obowiązek, nie boję się tak mocnego słowa tu użyć. Chyba że wiemy, że mamy do czynienia z pacjentem, dla którego cena leku nie ma znaczenia. Podobnie wypowiada się (5 XI „Rzeczpospolita”) odchodzący z urzędu minister Zembala. I chwala mu za to, że usunął z list refundacyjnych część leków mających wielokrotnie tańsze zamienniki. Tyle że oprotestowała to Izba Gospodarcza Farmacja Polska, uzasadniając protest tym, że obecność tych drogich nie obciąża NFZ, bo to „więcej” dopłaca chory, więc co to ministra obchodzi. Czyż nie jest to piękna argumentacja?

Różnice w cenie

O jakie różnice w cenie tu chodzi? Przytaczam poniżej kilkanaście przykładów ceny leku najdroższego w danej grupie i najtańszego, tej pierwszej wyrażonej jako procent ceny najtańszego. Dotyczy to leków stoso-

Tabela

Inhibitory ACE	Ramipryl 5 mg	Tritace/Ramicor, Ramistad = 170%
	Peryndopryl 4–5 mg	Prestarium/Erbugen = 236%
Inhibitory AT	Losartan 50 mg	Xartan/Losartan Bluefish = 451%
Diuretyki	Indapamid 1,5 mg	Tertensif SR/Indapamidum 123 ratio = 378%
Beta-blokery	Karwedylol 6,25 mg	Dilatrend/Carvedigamma = 414%
	Bisoprolol 5 mg	Bisoratio/Corectin = 294%
Pochodne dihydropirydyny	Amlodypina 5 mg	Amlozek/Amlodipine Bluefish = 548%
Inhibitory reduktazy HMG-CoA	Simwastatyna 20 mg	Zocor/Simcovas = 1231%
Pochodne sulfonilomocznika	Glimepiryd 2 mg	Amaryl/Glimepride Accord = 185%
Leki stosowane w przerście gruczołu krokowego	Tamsulozyna 0,4 mg	Omnice/Ocas/Symlosin = 563%
	Finasteryd 5 mg	Lifin/Hyplafin (Finamef, FinaGen, Uronezyr, Finasterid Stada) = 324%
Leki hamujące agregację płytek	Tiklopidyna 250 mg	Ticlo/Apo-Clodin = 206%
Inhibitory pompy protonowej	Pantoprazol 20 mg	Anesteloc/Pantoprazole Bluefish = 269%
Przeciwzapalne, pochodne kwasu propionowego	Naproxen 500 mg	Pabi-Naproxen/Anapran EC = 146%
Krople obniżające ciśnienie śródoczne	Dorzolamid (20 mg/ml)	Trusopt/Dropzol = 250%



„Doradzenie przez farmaceutę zamiany zaordynowanego przez lekarza leku na tańszy budzi w pacjentach obawy o jego skuteczność”

wanych przewlekle, doustnie – ceny ze zniżką refundacyjną, wartość różnic podana w procentach.

Z jeszcze większym ekstrawydatkiem będzie musiał się zmierzyć pacjent, gdy spośród leków podobnie działających jego lekarz ma przekonanie o przewadze tych droższych, np. felodypiny *vs* amlodypiny (Plendil/Amlodipine Bluefish = 1171 proc.), telmisartanu *vs* losartanu (Pritor/Losartan Bluefish = 1173 proc.).

Powyższe przykłady ani nie wyczerpują problemu, ani nie zachęcają lekarza do stosowania tylko wybranych jako przykład generyków najtańszych (są oprócz nich na liście leki o prawie takiej samej cenie). Są jedynie argumentem dla mojej prośby do kolegów, aby przyjrzeni się cenom stosowanych leków i opracowali sobie lekospis przyjazny dla kieszeni swych chorych.

Większe dopłaty

Budzi radość informacja, że NFZ w 2016 r. dołoży 238 mln zł na dopłaty do leków dziś nier refundowa-

nych. Wobec tego kilka słów o zawartości listy refundacyjnej. Co dwa miesiące czynione są w niej zmiany, ale polegają przede wszystkim na tym, że dodawane są zamienniki leków już na liście obecnych, a prawie nie są wprowadzane istotne nowości. Nie przywraca się do refundacji nawet leków o dawno sprawdzonej wartości i to ważnych, np. Dopegytu, jedyne leku nieobciążonego działaniami niepożądanymi w nadciśnieniu tętniczym u ciężarnych. Czy Metizolu, potrzebnego w leczeniu zachowawczym nadczynności tarczycy. Warto by wprowadzić na listę leków refundowanych, ze względu na ważność i powszechność stosowania, kwas acetylosalicylowy w dawkach antyagregacyjnych.

Nadmiar producenckich odmian

I czy muszą być na liście aż 22 preparaty olanzapiny oraz simwastatyny, 21 preparatów atorwastatyny, 19 tamsulozyny itd. Szwedzi w ogóle nie mają tamsulozyny, bo wystarczy im bardzo podobna chemicznie i terapeutycznie alfuzosyna, a u nas jedna i druga, obie w nadmiarze producenckich odmian. Na rynku USA jest jeden preparat tamsulozyny (Flomax) i jeden alfuzosyny (Uroxatral). Ale to chyba przesada w drugą stronę, bo wyklucza konkurencję cen.

Od nadmiaru głowa nie boli, lecz te identyczne leki, nawet dokładnie te same, ale zawierające różne liczby tabletek w opakowaniu, miewają w Polsce różne wskazania i różną odpłatność. Pułapki na lekarza, gdy ten zapomni, że np. Coronalu w opakowaniu a 60 tabletek nie wolno mu zapisać ze zniżką przy wskazaniu „arytmia nadkomorowa”. Do tego celu, gdy chce w tej liczbie, może go zapisać w dwóch opakowaniach a 30 tabletek, bo tylko w opakowaniu a 30 tabletek jest według Ministerstwa Zdrowia skuteczny w arytmii nadkomorowej. Z kolei Corectin w opakowaniu a 30 tabletek jest pełnopłatny, ale zaordynowany w liczbie 60 tabletek może być wydawany z dopłatą ryczałtową. Czyli taka sama dawka leku w opakowaniu a 60 tabletek kosztuje pacjenta 6,20 zł, a w dwóch opakowaniach a 30 tabletek 16,40 zł. Lekarz niepomny tych dziwołagów narazi pacjenta na wyższy wydatek. Pomysły autorów list refundacyjnych są tak niezrozumiałe, że chyba tylko przypadek nimi rządzi. Przy czym publikacje tekstów wykazujących te nonsensy nie robią na nich wrażenia, niestety.

Najdroższe w Polsce są leki z grupy OTC, czyli nier refundowane. Takie starocie jak Pyralgina lub Polopiryna kosztują około złotego za tabletkę, „przeciętny” niezbyt górnych dróg oddechowych 50 zł. Mało które towary osiągają w Polsce tak wysokie ceny w porównaniu z Wielką Brytanią czy Niemcami jak leki OTC. Ale i tu jest miejsce na życzliwość dla portfela pacjenta. Syrop z sulfogujakolem kosztuje 10 (!) razy mniej niż np. syrop Grintuss. A co do obu istnieją wątpliwości, czy mają wpływ na czas trwania „przeziębienia”.

Maciej Krzanowski