

Projekt nowej ustawy o lekach

# Apteki pod wezwaniem



foto: Bartosz Bobkowski/Agencja Gazeta

Co nam szykują projektodawcy nowej ustawy o refundacji leków? Jednym z najbardziej zaskakujących rozwiązań jest zapis, że co piąta złotówka z pieniędzy Narodowego Funduszu Zdrowia ma być wydawana na refundację leków.

W budżecie NFZ to rozwiązanie miałyby status wyjątkowego: ani szpitalnictwo, ani podstawowa opieka zdrowotna, ani żadna inna dziedzina nie wywalczyły sobie dotychczas określenia, jaka część publicznych pieniędzy na zdrowie ma trafić do danej grupy świadczeniodawców. Dodajmy – byłaby to gwarancja na najwyższym możliwym, bo ustawowym, poziomie. Przy obecnym budżecie NFZ na refundację Fundusz wydawałby 10 mld zł. W aktualnym planie finansowym na ten cel przeznaczono 7,7 mld zł.

## Intencje projektu

Ministerstwo Zdrowia nie udziela informacji na temat rozwiązań, które nie zostały jeszcze skierowane do konsultacji społecznych, więc trudno rozpoznać intencje projektodawców – czy chodzi o zagwarantowanie wzrostu wydatków czy też o jego ograniczenie.

Słowo *refundacja* można, i to uwzględniają autorzy projektu, rozumieć wielorako. Oprócz pieniędzy bezpośrednio przeznaczonych w planie Funduszu na leki (czyli na sfinansowanie dopłat wynikających z umieszczenia farmaceutyków na listach refundacyjnych), medykamenty są też finansowane z programów terapeutycznych i w ramach chemioterapii. Wszystkie te wydatki dają właśnie 10 mld zł (w obecnym budżecie NFZ). Może więc nie wzrost wydatków, ale utrzymanie *status quo*? Tylko – i to podkreślają wszyscy eksperci – jak takie wydatki kontrolować po osiągnięciu zaplanowanego pułapu? Wiadomo przecież, że po decyzji o objęciu farmaceutyku refundacją państwo praktycznie traci wpływ na koszty, jakie ten generuje.

## Podatek dla firm farmaceutycznych

Inne rozwiązania ujęte w projekcie były bardziej lub mniej oficjalnie zapowiadane. Na przykład obciążenie dodatkowym podatkiem firm farmaceutycznych – ma to być 3 proc. przychodu z tytułu objęcia refundacją. To propozycja łagodniejsza niż zapowiadana na początku prac, gdy w nieoficjalnych rozmowach mówiono, że podatek będzie albo znacznie wyższy (jak we Włoszech – 7-procentowy), albo naliczany od obrotu lekiem. Różnica jest znaczna: zakładane wpływy do budżetu państwa przy obecnym rozwiązaniu to średnio 180 mln zł. Przy podatku od obrotu firmy musiałyby dopłacić ok. 300 mln zł. Co nie znaczy, że przedsiębiorcy są zadowoleni: – *To obciążanie pracy dodatkowymi kosztami* – denerwuje się Irena Rej, szefowa Izby Gospodarczej Farmacja Polska. – *Przy takich obciążeniach stracimy możliwość obniżania cen leków* – podkreśla.

Ja sama żałuję, że dodatkowe fundusze nie będą przeznaczone na niekomercyjne badania leków – liczyłam na dofinansowanie badań podstawowych (np. na leki niszowe), i taki dodatkowy podatek byłabym gotowa zaakceptować. Ostatecznie pieniądze będą przeznaczone na finansowanie badań prowadzonych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. Ministerstwo Zdrowia zapowiada, że pieniądze pójdą na badania skuteczności i efektywności (w tej chwili opieramy się głównie na danych z zagranicy). Tyle że... to zadanie Agencji, która powinna być finansowana z budżetu państwa na takim poziomie, by pieniędzy starczyło jej na samodzielne badania. – *Właściwie nie wiadomo, dlaczego to firmy farmaceutyczne mają mieć obowiązek sfinansowania działalności AOTM, a nie budżet państwa* – mówi Leszek Borkowski, były szef Urzędu Rejestracji Leków.

Rzeczywiście, niektórych przedsiębiorców państwo obciąża dodatkowymi podatkami: np. sprzedawców alkoholu tzw. korkowym, papierosów – częściowym finansowaniem profilaktyki zdrowotnej. Rozciąganie tej zasady na producentów leków wydaje się jednak poważną przesadą.

## Coraz większa biurokracja

Co więcej, projektodawcy sami zastawili na siebie pułapkę: opisując bardzo skomplikowany tryb zgłaszania leku do refundacji (dwie komisje i AOTM wydają Ministerstwu Zdrowia rekomendacje, które nie są dla niego wiążące). Biurokracja, zatrudnienie nowych ludzi, stworzenie im miejsc pracy ma kosztować nawet 3 mln zł (Leszek Borkowski twierdzi, że koszty administracyjne są z reguły niedoszacowane i będą z pewnością wyższe). Te 3 mln zł to nic w porównaniu z dochodami, jakie ma gwarantować ustawa i z potencjalnymi oszczędnościami (o tym później). Tyle że trudno wytłumaczyć, po co zatrudniać urzędników i ekspertów, skoro ich zdanie i tak nie jest

„ Po podjęciu decyzji o refundacji leku państwo praktycznie traci wpływ na koszty, jakie ten lek generuje „

wiązące przy podejmowaniu decyzji. Rozumiałabym wzmocnienie kompetencji AOTM (uznawanie jej rekomendacji za wiążące, co nie jest w tej chwili oczywiste) przy równoczesnym jej dofinansowaniu. W takiej formie, jak obowiązująca w ustawie, wydatki na biurokrację będą trudne do wytłumaczenia opinii publicznej i mogą stać się przyczyną ataków na potrzebne i nowoczesne rozwiązania proponowane przez resort zdrowia.

### Negocjacje cen

Bo ustawa refundacyjna zawiera też propozycje rewolucyjne. Należą do nich elastyczne metody negocjacji cen. Wśród instrumentów wymienionych w ustawie są więc porozumienia w sprawie całkowitego budżetu refundacyjnego (na dany lek), zwrotu pieniędzy z refundacji, o ile jej wysokość przekroczy poziom ustalony w umowie między producentem a ministerstwem, uzależnienie zysku producenta od efektów zdrowotnych – to wszystko rozwiązania, które ograniczają, jeśli nie eliminują, nadmierny lobbing i promocję leków adresowaną do lekarzy i pacjentów. Firmy tracą motywację, by sprzedać jak najwięcej danego farmaceutyku – ze względów finansowych najbardziej opłaca im się działać w taki sposób, by dostali go

„ Rzeczywiście, niektórych przedsiębiorców państwo obciąża dodatkowymi podatkami. Rozciąganie tej zasady na producentów leków to jednak przesada „

ludzie, którym może on najbardziej pomóc. Faktycznie rodzi to odpowiedzialność producentów za kształt programów zdrowotnych wykorzystujących ich leki.

Z kolei zapisanie w ustawie, że resort może negocjować z firmą zapewnienie dodatkowych, nieodpłatnych dostaw leku, pozwoli obniżyć koszty płatnika i objąć leczeniem większą grupę ludzi – faktyczna cena nieraz znacznie się różni od tej oficjalnej, bo producenci dają rządowi rabaty, których nie ujawniają, by nie spadła cena ich leku na globalnym rynku.

Oczywiście, rozwiązania te będą dotyczyły, przynajmniej na początku, leków bardzo drogiej, finansowanych w tej chwili z programów terapeutycznych. Są jednak bardzo ważne i mogą stać się istotnym elementem racjonalizacji wydatków na drogie terapie.

Znaczącym krokiem ku większej przejrzystości (ważniejszym niż oświadczenia o braku konfliktu interesów składane przez członków różnych komisji) jest bardzo dokładne opisanie, na jakich zasadach ma być ustalana wysokość dopłaty (30, 50 czy refundowanie w 100 proc.). Do tej pory w tej dziedzinie panuje duża dowolność, a przed każdą zmianą list trwają walki lobbingowe o zmianę (a czasem o pozostawienie obowiązującego) poziomu odpłatności.

### Ceny maksymalne

Najbardziej nagłośnionym – bo mającym największy wpływ bezpośrednio na pacjentów – rozwiązaniem jest odejście od maksymalnych cen i ustanowienie jednej ceny na lek refundowany w każdej aptece. Kontrowersje wokół tego rozwiązania są znane: przeciwnicy ostrzegają przed 10–20-procentowymi podwyżkami i alarmują, że uderzy to najmocniej w najbardziej potrzebujących – emerytów i rencistów. Zwolennicy mówią o wyrównaniu szans i równym dostępie do leczenia osób mieszkających na wsi, które nie mogą jechać do aptek udzielających rabatów, a także – co nie jest bez znaczenia – o wyrównaniu szans małych aptek w porównaniu z przedsiębiorstwami sieciowymi.

Projekt zakłada ponadto znaczne obniżenie marży hurtowej – z 8,9 do 5 proc. Jak tłumaczą autorzy, tak wysokie marże powodują nieporównywalną z innymi dziedzinami zyskowność i mogą prowadzić do powstania oligopolu czy nawet monopolu.

Argumenty stron w tej kwestii są znane, nie warto więc do nich wracać. Jedno wydaje się ważne – to prawdopodobnie likwidacja „promocji za grosz” powoduje tak duży opór wobec ustawy i odwołanie prac nad nią właściwie od początku kadencji rządu.

### Listy leków refundacyjnych

I jeszcze jedna zmiana, która bezpośrednio może się przełożyć na sytuację pacjenta: listy leków refundowanych ogłaszane są raz na miesiąc w formie obwieszczenia (a nie, jak obecnie, rozporządzenia), co ma skrócić czas pracy nad nimi i spowodować, że obniżki cen będą uwzględniane na listach niemal automatycznie (resort daje sobie 30 dni na rozpatrzenie wniosku o obniżenie ceny leku refundowanego). Brzmi dobrze, ale obecne rozwiązania w tej dziedzinie także nie są złe: listy powinny być wydawane raz na trzy miesiące. Niestety, żadna ekipa rządowa nie jest w stanie tych terminów przestrzegać. Czy zmiana formy przyspieszy cały proces? Zobaczmy.

Sylvia Szparkowska  
Autorka jest dziennikarką „Rzeczpospolitej”.