

Polska przekracza wszelkie zalecenia WHO w zakresie finansowania leków



Mętna woda

Maciej Paprocki

Zmiany na scenie politycznej Polski, związane z wyborami parlamentarnymi i prezydenckimi roku 2005 są doskonałą okazją do postawienia pytania, co dalej z polityką lekową państwa, a ściślej – z brakiem takiej polityki.

Przed politykami trudny dylemat. Czy prowadzić politykę gospodarczą pozwalającą na dziki rozwój, czy też zdyscyplinować przez państwo rynek, którego rozwój służy bardzo wąskiej grupie interesów, w imię socjalistycznie zabarwionej troski o interes całego społeczeństwa. Takie zasadnicze rozstrzygnięcie konieczne jest również w całym systemie ochrony zdrowia, którego utożsamienie z rynkiem usług zdrowotnych przychodzi wyjątkowo trudno, a także z rynkiem leków, który w większym stopniu utożsamiany powinien być z systemem usług farmaceutycznych.

Konstytucyjna nierówność

Jedną z ciekawych, a nieuświadomionych powszechnie w Polsce sprzeczności jest wypaczone interpretowanie konstytucyjnego prawa obywateli do opieki zdrowotnej dostępnej dla każdego na równych zasadach. Wypaczenie polega na kategorycznej obronie jednej części praw pacjentów i zupełnym bagatelizowaniu innej części tych praw. Otóż pacjenci mogą oficjalnie płacić za leki, i to немало, a za inne świadczenia nie mogą uiszczać nawet symbolicznych opłat. Kupując leki, wszyscy obywatele płacą tyle samo, więc są autentycznie równi. Przy korzystaniu z innych

że dziwnym zbiegiem okoliczności współpłacenie pacjentów, nawet symboliczne (powiedzmy 1 proc. lub określone kwotowo, np. na 1 PLN), w przypadku korzystania z innych form opieki zdrowotnej jest ciągle niemożliwe! A może *ryczałtowa opłata* za wszystkie świadczenia zdrowotne, taka sama, byłaby rozwiązaniem:

- zasilającym system i ratującym go przed zapaścią;
- sprawiedliwym, rozkładającym koszty leczenia wszystkich obywateli, zapewniającym równy dostęp do szeroko rozumianej ochrony zdrowia;
- umożliwiającym znaczne uproszczenie wyjątkowo skomplikowanego systemu refundacji leków;
- czynnikiem motywującym do racjonalnych zachowań, zarówno świadczeniobiorców, jak i świadczeniodawców w takiej sytuacji pobierających opłatę bezpośrednio i oficjalnie; i co istotne
- rozwiązaniem korzystniejszym dla wszystkich obywateli niż podnoszenia składki na powszechne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, niepodnoszącym kosztów pracy – już i tak dość wysokich oraz
- likwidującym nabrzmiały, choć trochę wyolbrzymiony medialnie problem *szarej sfery*.

” Rynek leków to atrakcyjne pole do popisu. Zwłaszcza gdyby cały system ochrony zdrowia miał być finansowany przez budżet państwa ”

świadczeń zdrowotnych jedni nie płacą i czekają, a inni płacą i nie czekają – więc równości nie ma.

W każdym *systemie bezpłatnej opieki zdrowotnej*, finansowanej przez budżet państwa (podatki obywateli) czy też system ubezpieczeń zdrowotnych (parapodatki obywateli w postaci składek ubezpieczeniowych), sensowne jest wprowadzanie zasady współpłacenia pacjentów dla zmotywowania ich do powściągliwości w korzystaniu z ograniczonych zasobów.

W przypadku stosowania farmakoterapii, najpowszechniejszej ze wszystkich stosowanych metod i technik terapeutycznych, współpłacenie pacjentów dawno przestało być powściągliwie stosowanym mechanizmem motywowania do ich racjonalnych decyzji i działań. W Polsce współpłacenie pacjentów osiągnęło rekordowy poziom, bliski 70 proc., najwyższy w państwach Unii Europejskiej. Spowodowało to wiele czynników (o czym dalej), bo w tym miejscu podkreślić należy,

Przerzucanie kosztów

Warto przypomnieć, że stosowane w niedalekiej przeszłości rozwiązania, mające na celu ochronę *finansów publicznych*, zapewniające ograniczanie wydatków na leki, wcześniej zwanych *wydatkami państwowymi*, później *wydatkami publicznymi*, były niezgodne z interesem najliczniejszej grupy podmiotów występujących na rynku leków, jaką stanowią pacjenci (ok. 38 mln). Decyzje i działania związane z:

- ograniczaniem – podmiotowym – uprawnień do korzystania z leków bezpłatnych;
- ograniczaniem asortymentu leków refundowanych;
- obniżaniem poziomu (wartości określonej procentowo) refundacji leków;
- przeniesieniem wielu leków z grupy dostępnych tylko *na receptę* do grupy OTC;
- rozszerzaniem uprawnień podmiotowych do sprzedaży leków poza aptekami;

- rozszerzaniem asortymentu leków dostępnych poza aptekami;
- zezwoleniem na tworzenie i funkcjonowanie prywatnych aptek ogólnodostępnych na terenie szpitali,

to nic innego, jak proces przerzucania kosztów farmakoterapii z państwa na obywateli; bezpośrednio na kieszenie prywatne. W zakresie działań zmniejszających ogólne koszty farmakoterapii niewiele się działo. Skłamałby ten, kto stwierdziłby, że nic, np. wprowadzenie regulacji ograniczającej możliwość zlecenia przez lekarzy leków (do jednego na jednej recepcie) poza uciążliwością musiało dać niewielki efekt ograniczenia zleceń, a więc i kosztów farmakoterapii (przez częściową zmianę ilości opakowań stosowanych leków, a nie zmianę jakości uprawianej farmakoterapii).

oszczędzania *pieniędzy publicznych*, to o oszczędzaniu *pieniędzy prywatnych* nikt nawet nie wspomnia! Nikt, nawet w ramach przedwyborczych festiwali obietnic, nie wpadł na pomysł, żeby obniżyć składkę na powszechne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne. Można uznać taki zamysł za całkowicie irracjonalny, ale w innych państwach są przykłady takiego szaleństwa. Np. w Niemczech, gdzie środki finansowe uzyskane z oszczędności na nieuzasadnionych, zdecydowanie za wysokich zyskach podmiotów sfery podaży rynku leków, mają być argumentem za podjęciem politycznej decyzji o obniżeniu składki na powszechne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne obywateli, zbytnio obciążonych wysoką składką na ten cel!

W przedstawionej sytuacji za całkowicie nową jakość w podejściu do reform systemu

” W systemie bezpłatnej opieki zdrowotnej sensowne jest wprowadzanie współpłacenia pacjentów dla zmotywowania ich do powściągliwości w korzystaniu z ograniczonych zasobów służby zdrowia ”

Warto też dodać, że dopuszczenie do nieokreślonego rozwoju działań marketingowych producentów i dystrybutorów leków, w wyniku:

- zezwolenia na bardzo agresywną i masową reklamę leków – przynoszącą więcej szkód niż pożytku;
- bagatelizowania dynamicznego rozwoju palety agresywnych działań promocyjnych leków, mających na celu jedynie wzrost obrotów i zysków podmiotów ze sfery podaży leków, bez względu na medyczne i ekonomiczne skutki narzucenia konkurencji nie za pomocą niskiej ceny, lecz intensywności promocji sprzedaży leków; a także
- zaniedbania w systemie powszechnej edukacji – na podstawowym poziomie – w zakresie uświadamiania zagrożeń związanych z generowaniem nieuzasadnionej farmakoterapii

dopomogły w utrwaleniu się w Polsce karygodnego zwyczaju motywowania do stosowania farmakoterapii nieuzasadnionej medycznie i ekonomicznie. Działo się to legalnie i oficjalnie, w dodatku przy głośnych deklaracjach przedstawicieli środowisk lekarskiego i farmaceutycznego o potrzebie przestrzegania kodeksów etyki!

Za prywatne pieniądze

O ile, jak wspomniano wyżej, wiele ostatnich ekip rządowych podejmowało różne próby

ochrony zdrowia oraz polskiego rynku leków wypada uznać deklarację eksperta Samoobrony, dr. Leszka Borkowskiego – dążenia tego ugrupowania do obniżenia poziomu współpłacenia pacjentów za leki z 70 do 50 proc. Deklaracja taka złożona została w ramach prezentacji *programów naprawczych* na spotkaniu przedstawicieli największych partii politycznych w Centrum Multimedialnym Foksal w Domu Dziennikarza w Warszawie. Nie dopowiedziano, jak Samoobrona proponuje osiągnąć taki cel i w jakim czasie, ale warto odnotować samo wydarzenie historyczne, za jakie wypada uznać wyraźne sformułowanie konkretnego celu polityki zdrowotnej, a w szczególności polityki lekowej państwa. Fakt, że 50-proc. poziom współpłacenia pacjentów za leki jest bardzo wysoki, jak na cywilizowane państwo europejskie i przekracza o 10 proc. poziom uznany za maksymalny przez WHO, to odrębna sprawa, ale samo sformułowanie celu, jako obniżenie współpłacenia pacjentów za leki, w warunkach polskiego rynku leków o 20 proc. – warte jest odnotowania.

Polskie rekordy

Liberalizacja polskiego rynku leków wydaje się tak daleko posunięta, że trudno spodziewać się politycznego wspierania i pogłębiania tego

procesu. Jednak deklaracje zamiaru wprowadzenia monitorowania farmakoterapii oraz standardów leczenia, złożone na wspomnianym spotkaniu w Warszawie nie tylko przez panią poseł Elżbietę Radziszewską z PO, brzmią jakoś mało wiarygodnie.

Stan permanentnie reformowanego systemu ochrony zdrowia, z wpisaniem w jego obraz zjawiskiem zadłużenia szpitali, nie jest przecież zaskakujący, bo nie ukształtował się z dnia na dzień. Od dawna brakuje determinacji do wprowadzenia radykalnych i autentycznych, a nie pozorowanych, zmian. Ani *słabe rządy*, ani *silna opozycja* przez lata nie mogły się zmobilizować do opracowania projektu konkretnych decyzji i działań, więc trudno uznać za przekonujące kolejne deklaracje. Takie polskie rekordy jak wymieniony wyżej wskaźnik współpłacenia pacjentów za leki (70 proc.), 2,5-proc. udział wydatków na leki w PKB oraz 30-proc. udział wydatków na leki w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia są wstrząsające po uświadomieniu sobie ich istoty. Świadomość pobicia takich rekordów powinna motywować



graf. (2x) Natalia Gościński

Rynek regulowany

Przypomnieć warto, że rynek leków we wszystkich państwach rozwiniętych jest ryn-

” Nieokietnany rozwój działań marketingowych producentów i dystrybutorów leków doprowadził do stosowania nieuzasadnionej medycznie i ekonomicznie farmakoterapii ”

do wprowadzenia radykalnych zmian w zarządzaniu rynkiem leków.

Warto podkreślić, że mimo zaistniałej sytuacji, znacznie głośniejsze wydają się wołania o *więcej pieniędzy dla systemu*, niż domaganie się kategorycznego ograniczenia wydatków nieuzasadnionych medycznie i ekonomicznie, czyli marnotrawienia wielkich pieniędzy. Trudno dokładnie wyliczyć, jak wielkich, ale sama determinacja w utrzymywaniu stanu *mętnej wody* pozwala domniemywać, że niemałych. Takie ograniczenie wydatków bez standardów stanowiących punkt odniesienia oraz bez powszechnego systemu monitorowania i analizowania wydatków jest bardzo trudne, co nie znaczy, że zupełnie niemożliwe. Ale trudno przełamać zamiłowanie zarządzających systemem do *mętnej wody*. I to warto uznać za konkretne wyzwanie dla nowych władz ustawodawczych, wykonawczych oraz trzeciej i czwartej władzy, bez względu na to, czy utworzy je ta koalicja, czy inna.

kiem bardzo silnie regulowanym. Wiele regulacji stosowanych w państwach jak najbardziej kapitalistycznych i mających długą tradycję gospodarki rynkowej, znacznie bogatszych od III Rzeczypospolitej, należy uznać za drastyczne. Walka ze wzrostem wydatków na leki, znacznie szybciej postępującym od wzrostu PKB, a więc zagrażającym regresem postępu gospodarczego, podjęta została w większości państw europejskich.

Taki instrument ograniczania zbyt dużych wydatków na leki, generowanych przez biznes farmaceutyczny, jak *payback*, polegający na zwrocie zbyt wysokich dochodów (przekraczających ustalone przez rządy limity), zarówno przez producentów leków, hurtownie farmaceutyczne i apteki (ogólnodostępne), jak i przez samorządy dopuszczające do negatywnego zjawiska, może się u nas kojarzyć z domiarami stosowanymi przed laty przez władzę ludową. Powinien on jednak zostać rozpatrzony jako nowoczesne narzędzie regulacji rynku leków.

Szukanie oszczędności na rynku leków, na takie cele jak:

- szeroko rozumiane wzmocnienie systemu refundacji leków przez państwo;
- wprowadzanie nowych, prawdziwie innowacyjnych leków do stosowania i refundacji;
- badania naukowe, mające na celu poprawę racjonalności stosowanej farmakoterapii, a więc jej skuteczności, efektywności i – przede wszystkim – bezpieczeństwa (w tym badania zasadności stosowanej farmakoterapii oraz jej wyników, takich jak powikłania, hospitalizacje, umieralność i inne);

- czy nawet, co może brzmieć dla wielu mało realnie, na obniżenie składki ubezpieczenia zdrowotnego (w ramach dążenia do obniżania kosztów zatrudnienia, przez zmniejszanie podatków i paropodatków);

to konkretne wyzwanie dla nowych władz IV Rzeczypospolitej.

Cywilizowanie popytu

Wypada tylko zmienić podejście do problemu czy *rozwój rynku leków* to wzrost obrotów i zysków producentów oraz dystrybutorów,

Rządzie – zrób to sam

Metody ograniczania wydatków na leki

Ukierunkowanie na podmioty sfer:	Oddziaływanie	Stosowane w Polsce	Uwagi
		tak/nie	
<p>podaż popytu p i p</p>			
Powszechnie stosowane mechanizmy			
✓	podatki	tak	niekorzystne dla producentów krajowych
✓	cła	tak	niekorzystne dla producentów krajowych
	✓ patenty	tak	zasady narzucone (dyrektywy UE)
	✓ ceny (regulowane)	tak	wolne i urzędowe
	✓ istotne cięcia cen, wymuszanie rabatów	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
	✓ weryfikacja cen co pół roku	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
	✓ marże	tak	wolne i urzędowe (również degresywne)
	✓ zwroty (payback)	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
Specyfika branży			
	✓ system rejestracji i dopuszczania do obrotu	tak	narzucony (dyrektywy UE)
	✓ system ubezpieczeń	tak	niedoskonały
	✓ zwiększanie poziomu współpłacenia przez pacjentów	tak	rekordowy – blisko 70% – trzeba zmniejszać!
	✓ system refundacji	tak	zagmatwany, nieprzejrzysty
	✓ listy pozytywne	tak	wysoce niedoskonałe
	✓ listy negatywne	nie	do rozpatrzenia
	✓ system cen referencyjnych	tak	niedoskonały
	✓ daleko idące uproszczenie zasad refundacji	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
✓	egzekucje kwotowe i procentowe od producentów na rzecz refundacji (payback)	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
	✓ narodowy plan wydatków na refundacje	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
✓	sankcje finansowe za przekroczenia limitów dla: producentów, hurtowni i aptek (payback) oraz władz lokalnych	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
✓	opodatkowanie wzrostu obrotów aptek na rzecz refundacji (payback)	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
✓	skreślenia z list refundacyjnych	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
✓	rygorystyczne wymogi nadawania statusu premium price dla leków rzeczywiście innowacyjnych	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań

✓	kontrola zysków producentów	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
✓	wypłata rekompensaty przez producentów za przekroczenia limitów (payback)	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
✓	opodatkowanie zysków z najlepiej sprzedających się asortymentów	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
✓	duża obniżka cen	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
✓	opodatkowanie działań marketingowych	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
✓	ograniczanie wydatków firm na wyjazdy lekarzy	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
✓	precyzyjna cenzura promocji	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
✓	substytucja generyczna	tak	stosunkowo wysoka
✓	premiowanie substytucji generycznej	nie	brak przekonania o konieczności
✓	eksponowanie nazw międzynarodowych	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
✓	system monitorowania farmakoterapii (na podstawie zleceń lekarskich na receptach)	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
✓	obligowanie szpitali do publikowania wydatków (cen realizacji zakupów)	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
✓	wytyczne farmakoterapii – receptariusze szpitalne	tak	nie powszechnie i mało efektywnie
✓	standardy farmakoterapii w szpitalach	tak	zupełnie sporadycznie
✓	wytyczne farmakoterapii – receptariusze ambulatoryjne	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
✓	standardy farmakoterapii w lecznictwie ambulatoryjnym	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
✓	budżety lekarskie (przedmiotowe lub podmiotowe)	nie	brak racjonalnych przyczyn
✓	zwrot kosztów zakupów leków po przekroczeniu limitu	nie	brak racjonalnych przyczyn
✓	zasady farmacji klinicznej	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
✓	zasady opieki farmaceutycznej	tak	powolny rozwój
✓	import równoległy	tak	początki
✓	premiowanie importu równoległego	nie	do rozpatrzenia
✓	ograniczanie powiązań biznesu farmaceutycznego z lekarzami, aptekarzami i naukowcami	nie	brak racjonalnych przeciwwskazań
✓	upowszechnianie MOD* i farmakoekonomiki	tak	z częstym wypaczeniem idei i wykorzystaniem w ramach komercyjnego marketingu

*MOD – medycyna oparta na dowodach, skrót stosowany wymiennie z POWAP – skrótem: praktyka (medyczna) oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach wywodzący się od EBM – Evidence-Based Medicine

” W Europie rynek leków jest silnie regulowany, a rządy państw członkowskich stosują w tym zakresie bardzo drastyczne metody ”

kosztem wzrostu wydatków publicznych i prywatnych, czy też zdecydowane racjonalizowanie stosowanej farmakoterapii oraz cywilizowane i obiektywne kształtowanie popytu na leki? Działania te powinny być podejmowane przez instytucje władzy publicznej, tworzące obok potężnej sfery podaży i słabej sfery popytu roztropną i aktywną sferę regulacji rynku leków. Ich zadaniem powinna być walka z nieuzasadnionymi medycznie i ekonomicznie wydatkami na leki.

Perspektywa kilku najbliższych lat walki o znaczne obniżenie deficytu budżetowego w ra-

mach przygotowania Polski do wprowadzenia do strefy euro to nic innego, jak perspektywa *silnego zaciskania pasa*, a rynek leków to atrakcyjne pole do popisu dla polityka. Zwłaszcza gdyby cały system ochrony zdrowia miał być finansowany przez budżet państwa. Tak czy inaczej, warto chyba w tym miejscu podkreślić, że w obszarze stosowania *farmakoterapii* możliwości obniżania kosztów bez obniżania jakości (czyli bez zagrożenia dla zdrowia społeczeństwa) można szacować na bardzo duże kwoty, które powinny interesować nie tylko ministra finansów. ■