



Sąd nad lekami

Rozmowa z Andrzejem Tarasiewiczem,
koordynatorem dyskusji *okrągłego stołu* w zakresie leków i wyrobów medycznych

Mamy obecnie do czynienia z krytyką działalności zagranicznych firm farmaceutycznych, której podtekstem jest brak pieniędzy na refundację drogich leków. Czy jest to tylko polska specyfika, czy z podobną krytyką spotykamy się w innych krajach europejskich?

Każdy z 15 krajów Unii Europejskiej rozwiązuje te problemy po swojemu. Problem rosnących kosztów opieki medycznej i zakresu refundacji państwa dotyczy wszystkich. W Polsce wysunięto zastrzeżenia dotyczące spraw celnych. Spory dotyczące funkcjonowania rynku farmaceutycznego nie są tylko naszą specjalnością. W Unii Europejskiej takie sprawy są rozstrzygane przez Europejski Trybunał Sprawiedliwości i często są tak powikłane, że rozprawy ciągną się latami. U nas następny ruch jest po stronie odpowiednich władz, bo firmy dysponują wieloma korzystnymi dla nich ekspertyzami prawnymi.

Jak reguluje się za granicą kwestię dostępności leków dla pacjenta?

Problemy z tym mają wszyscy. Robione są ekspertyzy pokazujące, że nawet w krajach tak bogatych, jak Niemcy, Francja czy Włochy pacjenci mają ograniczony dostęp do innowacyjnych leków. Nie powinniśmy więc z tego powodu popadać w kompleksy. W tamtych krajach jednak transparentność podejmowanych decyzji jest większa. W Europie ocenia się, że jeden z najlepszych systemów refundacyjnych działa w Skandynawii. Refundacja jest tam zindywidualizowana i uzależniona od poziomu dochodów i wydatków na leki konkretnej osoby. Jeżeli, np. pacjent wydaje w ciągu roku 100 euro, to płaci za nie całkowicie z własnej kieszeni, jeżeli między 100 a 500 euro, to powiedzmy 50 proc., jeżeli od 500 do 800, to państwo refunduje mu 75 proc. wydatków itd. Zupełnie inaczej niż u nas, gdzie za leki tyle samo płaci i rencista, i bogacz. Aby dojść do zalecanego przez analityków systemu skandynawskiego, trzeba jednak wprowadzić system rejestracji usług medycznych i konsumpcji leków. Bez tego nic się nie da zrobić.

Jak w innych krajach rozstrzyga się dylemat: leki generyczne a oryginalne?

Leki generyczne, ze względu na mniejszy koszt, są wyraźnie preferowane. Lekarzom w niektórych krajach nie wolno pisać na receptę nazw handlowych konkretnych leków, tylko ich nazwy międzynarodowe. Jeżeli lekarz przepisze droższy lek, to musi się liczyć z tym, że zasadność tej decyzji zostanie skontrolowana. Gdyby okazała się błędna, to lekarz zostanie ukarany. Wszędzie tam jednak płatnik ma możliwość kontrolowania, jakie leki zapisują konkretni lekarze.

Czy u nas Narodowy Fundusz Zdrowia powinien wydać własny przewodnik terapeutyczny, który zaleca używanie określonych leków w danych jednostkach chorobowych?

Zdecydowanie tak. Powinno to być zadanie o najwyższym priorytecie NFZ. Ważnym też jest, aby był on udostępniany lekarzom bezpłatnie i podlegał stałej aktualizacji. Dzisiaj w pewnym sensie nowa lista leków refundowanych wraz z cenami i limitami cen ma spełniać to zadanie. Oznacza ona, że państwo stać jedynie na takie a nie inne leczenie, a do lepszej, droższej terapii pacjenci muszą dopłacać. Na Litwie i Słowenii obowiązują już ścisłe standardy medyczne, dotyczące konkretnych dolegliwości i sposobów ich leczenia. Jeżeli lekarz chce inaczej prowadzić terapię, to musi uzyskać na to zgodę.

W Polsce od 5 lat nie wprowadziliśmy do leczenia ani jednego nowego leku innowacyjnego! Czy jesteśmy więc przesadnie oszczędni czy – jak twierdzą niektórzy – rozrzutni?

To zależy od punktu widzenia. Jedni mogą powiedzieć, że 6 mld zł fundowanych przez społeczeństwo (podatników) na dopłacanie do leków to dużo, a inni – że powinniśmy dopłacać, np. 8 mld zł. Decyzje tego rodzaju jednak podejmują nie eksperci, lecz politycy. Do ekspertów jedynie należy rozstrzygnięcie wątpliwości, czy dla zdrowia społeczeństwa korzystniejsze będzie preferowanie stosowania jak największej ilości leków generycznych, np. po to, aby oszczędzić pieniądze na zwiększenie dostępności do nowych, drogich leków innowacyjnych, czy postępować inaczej. W tej sprawie – w ramach przyznanych przez parlament na opiekę zdrowotną środków o kwocie przeznaczanej na refundację leków decyduje minister zdrowia wraz z NFZ. System dzielenia budżetu powinien być transparentny, o czytelnych kryteriach, powinien odbywać się z udziałem zespołu fachowców z zakresu epidemiologii i poszczególnych specjalności medycznych. Nasz problem polega jednak na tym, że w praktyce wprowadzenie leku innowacyjnego zwykle wiąże się z niekontrolowanym wzrostem jego przepisywania przez lekarzy, szczególnie wtedy, gdy nie jest on objęty racjonalnym limitem.

Często oburzamy się, że jakiś lek sprzedawany w Polsce jest droższy niż w innych krajach europejskich. Czy jesteśmy pokrzywdzeni, czy zjawisko różnych cen leków jest w Europie normalne?

W różnych krajach Unii Europejskiej ceny tych samych leków są zróżnicowane. Powoduje to, że na rynku Unii istnieje już ok. 100 firm, które zajmują się przywożeniem leków z rynków tańszych na droższe. Dzisiaj do Polski dostarczane są niektóre leki innowacyjne po wyższych cenach niż sprzedawane w bogatych krajach Unii. Po wejściu do Unii również u nas nastąpi rozwój tzw. paralelnego importu. Będziemy mogli sprowadzać te leki taniej. W krajach Unii wprowadza się różne ograniczenia zapobiegające temu zjawisku, które mogą się również pojawić w Polsce. Obawiam się też sporych problemów, spowodowanych brakiem profesjonalnej kadry, która po prostu znalaby się na europejskim rynku farmaceutycznym. O ile w innych krajach instytucje państwowe są rozbudowane i zatrudniają znakomitych fachowców, to my w tej dziedzinie jesteśmy na początku drogi.

Wkraczając do Unii wchodzimy w farmacji do nowego świata.

To prawda. Unia w tej dziedzinie przyjmuje nas na gorszych warunkach, niż było to w wypadku Hiszpanii czy Portugalii. Na razie nie będziemy mogli wysyłać leków z Polski na obecny rynek unijny, natomiast jak wspominałem, będziemy mogli sięgać do tańszych ich źródeł, z pomocą może NFZ. Jednocześnie po 1 maja 2004 r. zostaną automatycznie wprowadzone do naszego lekospisu wszystkie leki zarejestrowane w Unii Europejskiej w ramach tzw. procedury centralnej (ponad 200 produktów innowacyjnych). Nikt jednak nie jest w stanie przewidzieć, kiedy staną się dostępne tutaj, dla polskich pacjentów. Bo co prawda polski rynek jest uznawany za rynek dużych ilości, ale jednocześnie – małych – w porównaniu do zamożnych społeczeństw Zachodu – wartości.

(Rozm. M.J.)