

Podczas dyskusji o ustawie refundacyjnej nie dopuszczono do głosu pacjentów

Bomba z opóźnionym zapłonem

Ewa Borek

1 stycznia 2012 r. wchodzi w życie ustawa regulująca zasady dostępu do leków refundowanych. Wypowiedzieli się w jej sprawie wszyscy zainteresowani polityką lekową, wszyscy z wyjątkiem... pacjentów.

Pacjenci milczą, bo nie zostali włączeni w proces powstawania ustawy i nie rozumieją ani jej zapisów, ani konsekwencji. Części zapisów nie rozumieją także eksperci, prawnicy oraz – jak się okazuje – sami autorzy ustawy. Refundacja to współdziałanie państwa w pokryciu kosztów zakupu leków przez pacjentów. W Polsce wynosi on 70 proc. Resztę, czyli 30 proc., dopłacają pacjenci. Jest to najwyższy wskaźnik dopłat do leków przez pacjentów w Unii Europejskiej.

Pacjenci wypowiedzą się na temat zmian po 1 stycznia 2012 r., gdy nie będą mogli kupić w aptece swojego leku albo odpłatność za ten lek istotnie wzrośnie. Ustawa jest jak bomba z opóźnionym zapłonem. Ekspłoduje w rękach nowego ministra z lewicowym rodowodem jak podrzucony granat.

Jakich leków chcą pacjenci

Pacjenci chcą leków dobrych (skutecznych i bezpiecznych) oraz tanich, a najlepiej bezpłatnych. Nie skarżyli się, kupując leki za złotówkę czy za grosz. Nie przeszkadzała im turystyka apteczna. Narzekali na nią aptekarze reprezentujący głównie małe, niezrzeszone apteki, których było kilka w małej miejscowości. Uznali oni, że po wprowadzeniu sztywnych marż i cen poradzą sobie z konkurencją sieciowych placówek. Co ciekawe, teraz ci sami aptekarze należą do oponentów ustawy, głównie z uwagi na obniżenie marż detalicznych oraz obowiązek podpisania przez apteki umów z NFZ na sprzedaż leków refundowanych. Czyżby więc reprezentacja korporacji zawodowej aptekarzy, która zainicjowała prace nad ustawą i forsowała je w parlamencie, nie miała

mandatu swojego środowiska zawodowego, skoro ustawa przed wejściem w życie zaczęła aptekarzom przeszkadzać?

Wielka niewiadoma

Zamiast leków za grosz czy za złotówkę chorzy dostaną wielką niewiadomą w sprawie dostępu do leków refundowanych. Żeby lek refundowany mógł trafić do pacjenta, musi pokonać liczne bariery w systemie dystrybucji:

- lekarz musi go pacjentowi wypisać na receptę refundowaną (prawidłowo),
- aptekarz musi go pacjentowi wydać w aptece, która podpisała umowę z NFZ,
- lek musi być dostępny u dystrybutora,
- pacjenta musi być stać na zapłacenie dopłaty do leku refundowanego.

To sporo przeszkód, a ustawa refundacyjna dodatkowo je pomnoży.

Środowisko lekarskie protestuje, gdyż zapisy nowej ustawy obarczają lekarzy odpowiedzialnością za kontrolę uprawnień pacjentów do ubezpieczenia i nakładają kary z tytułu niewłaściwego wypisania recepty. Czy lekarz w takich warunkach przepisze drogi lek refundowany? Jeśli będzie miał możliwość zastosowania leku nier refundowanego, zapewne z niej skorzysta. Naczelna Izba Lekarska w ostatnich dniach wzywa do zaprzestania prac nad rozporządzeniami wykonawczymi do ustawy, szczególnie dotyczącymi recept i umów upoważniających lekarzy do przepisywania leków refundowanych. Związek zawodowy lekarzy wzywa do oprostowania ustawy poprzez wypisywanie pacjentom recept pełnopłatnych po 1 stycznia 2012 r., jeśli resort zdrowia nie wycofa się z kar za niewłaściwe wypisanie recepty.

Żeby pacjent mógł wykupić lek refundowany, 14 tys. aptek i punktów aptecznych powinno do końca roku podpisać umowę z NFZ. Nie słychać jeszcze o propozycjach zapisów tych umów, a aptekarze już deklarują, że nie zamierzają ich podpisywać. Czy możliwe jest zawarcie wszystkich umów w czasie, który pozostał do wejścia w życie ustawy? Jeśli na ich podpisanie zdecydują się tylko niektóre apteki, czy zacznie się wtedy prawdziwa turystyka apteczna, przed którą ustawa miała pacjentów uchronić? Aptekarze zaskarżyli ustawę do Trybunału Konstytucyjnego. Nie godzą się na kary, które może nałożyć NFZ za zrealizowanie błędnej lub sfałszowanej recepty.

Komisja Ekonomiczna w Ministerstwie Zdrowia, według informacji pochodzących od producentów, negocjuje mozolnie obniżki cen kilku tysięcy leków, które mają się znaleźć w pierwszym obwieszczeniu. Złożono tylko 40 proc. wniosków o umieszczenie w wykazach, a i te urzędnicy odesłali do poprawki. Negocjacje trwają podobno do nocy i są dla obu stron wykańczające psychicznie, fizycznie i finansowo. Pod presją negocjatorów z ministerstwa producenci leków generycznych i inno-

wacyjnych godzą się na znaczące obniżki cen. Ich leki znajdują się w obwieszczeniu. Ale czy znajdą się również w aptekach? Polska musi respektować naczelną zasadę rynku europejskiego – wolnego przepływu towarów i usług w krajach unijnych. Leki krążą po Europie, a kraje, w których medykamenty są drogie, sprowadzają je z państw, gdzie ceny są niższe – taka jest zasada handlu równoległego, będącego dla jednych unijnym przywilejem, a dla innych utrapieniem. W Polsce w wyniku forsownych negocjacji leki będą bardzo tanie. Może to oznaczać, że starania Komisji Ekonomicznej przyniosą korzyść pacjentom brytyjskim, francuskim, niemieckim czy nawet greckim, którzy będą się leczyci tańszymi lekami z Polski. A w naszych aptekach może ich zabraknąć. Nie zyska na tym ani budżet, ani aptekarz, ani pacjent, ani producent, zyska natomiast eksporter równoległy.

„ Pacjenci chcą leków dobrych (skutecznych i bezpiecznych) oraz tanich, a najlepiej bezpłatnych ”

Leków może brakować w aptekach po 1 stycznia 2012 r., mogą być też dla pacjentów droższe z powodu negocjowania obniżek limitów cen na leki znajdujące się we wspólnej grupie limitowej. Lek wyznaczający poziom limitu w grupie nie musi być tym preferowanym przez lekarza i pacjenta. Jeśli wymiar limitu zostanie obniżony, a cena utrzyma się na dotychczasowym poziomie, budżet zapłaci mniej za lek referencyjny, a pacjent więcej za lek preferowany.

Czy pacjent zapłaci za lek mniej po 1 stycznia 2012 r.? Ten scenariusz też jest możliwy, zwłaszcza w wypadku leków, które w obwieszczeniu będą wyznaczały poziom limitu finansowania w danej grupie.

Pacjent – budżet – wspólny biznes

Nie należy więc oczekiwać, że ustawa refundacyjna zwiększy dostępność leków. Warto nadmienić, że wszystkie zmiany w systemie refundacji dotyczą kraju, w którym poziom dopłat pacjentów przekracza 30 proc. i jest najwyższy w UE. Jeśli wyobrazimy sobie relację pacjent – budżet w kategoriach biznesowych, dojdziemy do wniosku, że zbiorowy pacjent jest poważnym, choć mniejszościowym udziałowcem w wydatkach na leki. Ten udziałowiec spełnia wszystkie obowiązki związane ze współpłacaniem, nie ma natomiast żadnych praw dotyczących wspólnego podejmowania decyzji. Decyzje podejmuje indywidualnie drugi z partnerów polityki lekowej – budżet.



fot. images.com/Corbis

„ Tworzenie prawa w ochronie zdrowia bez udziału pacjentów przypomina średniowieczną dysputę, ile zębów ma koń, bez oglądania konia „

Ustawa refundacyjna wprowadza dwóch przedstawicieli środowisk pacjenckich do Rady Przejrzystości AOTM. Będą tam mogli (o ile będą przygotowani) uczestniczyć w decyzjach jakościowych, czyli czy daną technologię warto finansować z publicznych pieniędzy i w jakim stopniu. Równie ważny, a nawet ważniejszy, byłby udział pacjentów w decyzjach ilościowych, czyli ile wydać z kieszeni pacjenta, a ile z budżetu. Czy budżet, podejmując obecnie takie decyzje, pamięta o interesach swojego współnika – pacjentów? Przekonamy się 1 stycznia.

„ Nie należy oczekiwać, że ustawa refundacyjna zwiększy dostępność leków „

I komu to przeszkadzało

Ustawę refundacyjną zainicjowało i zgotowało wszystkim uczestnikom rynku leków, w tym pacjentom, środowisko aptekarskie. Jeśli weźmiemy pod uwagę całkowitą wartość sprzedaży aptek, uwzględniającą sprzedaż odrębną, sprzedaż leków nierefundowanych i refundowanych, kwota refundacji, którą zwraca aptekom budżet państwa, wynosi zaledwie ok. 30 proc. Z perspektywy aptekarza głównym klientem jest więc pacjent, który w 70 proc. przyczynia się do sukcesu biznesowego apteki. Oznacza to, że aptekarze wywołali zmianę systemu refundacji niekorzystną dla swoich najważniejszych klientów. Współczesny biznes, nastawiony na długofalowy rozwój, zna i rozumie potrzeby swoich klientów i – idąc dalej – potrafi się dzielić z nimi swoim sukcesem. Nic nie wskazuje na to, żeby aptekarze postępowali zgodnie z tą zasadą. Na skutki działań ignorujących potrzeby klientów nie trzeba będzie długo czekać. W Polsce 40 proc. aptek funkcjonuje na granicy utraty płynności. Ustawa refundacyjna sprawi, głównie w mechanizmie obniżonych marż, że te placówki znikną z rynku. Wtedy zniknie też problem konkurencji między gęsto rozlokowanymi aptekami. Pozostaną na rynku podmioty najsilniejsze w swoim regionie, zwykle apteki sieciowe, które w warunkach braku konkurencji rozwiną się i umocnią. Tylko czy nie można było tego samego celu osiągnąć inaczej niż deregulacją rynku wynikającą z zastosowania sztywnych marż i cen? Przypomina to wlewanie dziecka z kąpielą.

Decydentom w ochronie zdrowia doświadczenie prac nad tą ustawą i jej wdrożeniem powinno nasuwać innego rodzaju refleksję. Bardzo silny wpływ na tworzenie prawa w tej dziedzinie mają korporacje zawodowe czy związki zawodowe – lekarzy, aptekarzy, producentów. Pacjenci nie mają swojej korporacji czy profesjonalnej reprezentacji. Ich głos, jeśli nie zostanie uwzględniony w procesie podejmowania decyzji, może się nie przebić. W krajach Unii Europejskiej pacjenci współdecydują o ochronie zdrowia czy polityce lekowej, zasiadają w komisjach NICE, komisjach tworzących standardy medyczne, biorą udział w zatwierdzaniu protokołów badań klinicznych. Są traktowani jak partnerzy i eksperci.

Tworzenie prawa w ochronie zdrowia bez udziału pacjentów przypomina średniowieczną dysputę, ile zębów ma koń, bez oglądania konia. Nieuwzględnienie obecności przedstawicieli pacjentów w procesie podejmowania decyzji dotyczących polityki lekowej jest nie tylko zaniedbaniem, to zwykła społeczna niesprawiedliwość. Efekty są widoczne – podczas tworzenia prawa przebijają się przypadkowe grupowe interesy i prawo to nie służy żadnemu z podmiotów biorących udział w tej grze, z budżetem włącznie.

Autorka jest ekspertem QALY Consulting w dziedzinie polityki lekowej