

Wzrost wydatków na leki jako czynnik zagrażający stabilności systemu finansów publicznych państwa

Maciej Paprocki

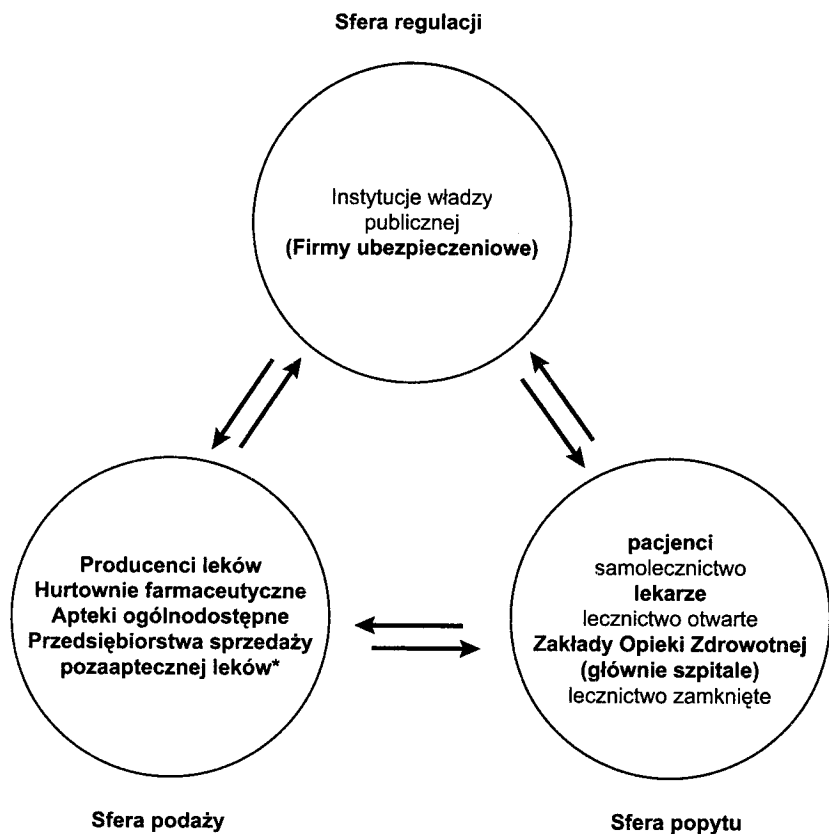
Wzrost wydatków na leki (WWNL) to zjawisko występujące we wszystkich państwach, powodowane przez wiele czynników. To złożony problem o charakterze medycznym, ekonomicznym i politycznym, z którym borykają się współczesne społeczeństwa i rządy państw. Państwa rozwinięte z coraz większą determinacją, podejmują walkę z nieuzasadnionym WWNL, wprowadzając różnorodne, często drastyczne regulacje rynku leków, chroniące interesy pacjentów i potencjalnych pacjentów (konsumentów leków).

W artykule przedstawiono w skrócie: charakterystykę problemu WWNL, prezentację problemu i jego przyczyn (szczególnie tych występujących w Polsce) oraz opisano możliwe do zastosowania przeciwdziałanie.

1. Wprowadzenie

Wzrost wydatków na leki (WWNL) to zjawisko występujące we wszystkich państwach, powodowane przez wiele czynników. To złożony problem o charakterze medycznym, ekonomicznym i politycznym, z którym borykają się współczesne społeczeństwa i rządy państw. Państwa rozwinięte z coraz większą determinacją z coraz większą determinacją, podejmują walkę z nieuzasadnionym WWNL, wprowadzając różnorodne, często drastyczne regulacje rynku leków, chroniące interesy pacjentów i potencjalnych pacjentów (konsumentów leków), stanowiących najlichnieszą grupę podmiotów występujących na tym specyficznym rynku (patrz zał.1., Ryc. 1.).

W Polsce problem WWNL jest dotkliwie odczuwany przez ubożające społeczeństwo, a mimo to nie jest on systemowo badany i analizowany. Doprowadzenie wskaźnika współpłacenia pacjentów do leków do niższego od 40%, uznanego przez WHO za maksymalny, przy szacowanym aktualnie w Polsce na około 70% (Polityka lekowa państwa 2004), nawet nie jest wyraźnie określonym celem polityki lekowej państwa. Na podkreślenie zasługuje fakt, że kilka ostatnich ekip rządowych nie wykazało się skutecznością w rozwiązywaniu tego nabrzmiewającego problemu. Wiele faktów wskazuje na to, że w obronie zagrożonego systemu finansów publicznych, więcej podejmuje się decyzji i działań prowadzących do przerzucania kosztów *farmakoterapii* z instytucji publicznych na obywateli niż prowadzących do zdecydowanego ograniczenia kosztów nieuzasadnionych,



Rys. 1. Model rynku leków.*Aktualnie istotne grupy podmiotów sfery podaży stanowią również: - przedsiębiorstwa tworzące sieci aptek, - apteki internetowe. Źródło: opracowanie własne.

zarówno medycznie, jak i ekonomicznie, związanych ze stosowaniem tej najpowszechniejszej z metod leczenia polegającej na stosowaniu leków.

WWNL warto postrzegać nie tylko jako czynnik zagrażający stabilności systemu finansów publicznych, ale również (a może przede wszystkim) jako „oddalenie się leków od pacjentów”, a więc zagrożenie dla systemu ochrony zdrowia narodu i, w konsekwencji, zagrożenie dla tego zdrowia.

Za wskazane należy uznać upowszechnianie i pogłębianie wiedzy o przyczynach i skutkach WWNL, aby móc świadomie wybierać i konsekwentnie stosować skuteczne metody i techniki przeciwdziałania temu zjawisku, zapewniające eliminowanie nieuzasadnionych medycznie i ekonomicznie wydatków na leki.

2. Charakterystyka problemu WWNL

Problem WWNL występuje powszechnie, zarówno w państwach wysoko rozwiniętych i bogatych, jak i w rozwijających się i biednych. Generalnie wiąże się

z rozwojem cywilizacji, a szczególnie z rozwojem przemysłu farmaceutycznego (dziś można się zastanawiać, czy postrzegany rozwój wynika bardziej z postępującej monopolizacji i wzrostu siły oddziaływania producentów w tej branży, czy bardziej z faktycznego postępu w odkrywaniu i wprowadzaniu do powszechnego stosowania zupełnie nowych i bardziej skutecznych leków)¹ oraz szeroko rozumianym postępowaniem w medycynie (obarczonym znacznymi wypaczeniami w zakresie stosowania farmakoterapii). Można przyjąć, że dynamika WWNL w państwach wysoko rozwiniętych powinna maleć, w związku z nabytymi już doświadczeniami w rozpoznawaniu problemu i rozwiązywaniu go. Ekspansja koncernów farmaceutycznych na obszary, gdzie sprzedaż leków jest dotychczas mała lub zerowa, może problem przenieść do państw Afryki, Ameryki Południowej i Azji, gdzie dynamika WWNL może szybko i długo rosnąć, jeśli z postępowaniem cywilizacji nie będą postępowały wiedza i motywacje władz państwowych do przeciwdziałania wzrostowi kosztów, nieuzasadnionych zarówno medycznie, jak i ekonomicznie.

W Polsce problem WWNL występuje i jest rozpoznany, choć jakby nie uświadamiany całkowicie i powszechnie. Świadczy o tym wiele faktów, m. in. **brak systematycznych i kompleksowych badań problemu** oraz sprzeczności publikowanych danych, podważające wiarygodność tych badań, które są prowadzone.

Za niepokojący fakt wypada uznać poważne rozbieżności w danych dotyczących wydatków na leki, podawane przez poważne, zdawałoby się, źródła. Np. wydatki w 2003 r. określone były następująco:

- „Raport ekspertów” – **18,20 mld PLN** (12,2 mld PLN z różnych źródeł i ok. 6 mld PLN na refundację) (Grupa ekspertów Szkoły Biznesu Politechniki Warszawskiej 2004: 1),
- dane firmy IMS Health – 13,08 mld PLN (sprzedaż w cenach producenta netto, dająca wartość około **18 mld PLN** w cenach detalicznych) (Bogusławski 2005),
- dane firmy Kamssoft – **23,57 mld PLN** („leków wydanych na receptę 18,85 mld + leków wydanych bez recept (OTC, itd.) 4,72 mld”)²,
- Raport „Zielona Księga” – **18,36 mld PLN** (17,0 mld PLN rynek apteczny i 1,36 mld PLN rynek szpitalny)³.

Dane firmowane przez IMS Health należy uznać za najbardziej wiarygodne (są zbierane z hurtowni pokrywających 97 % rynku aptecznego, weryfikowane przez producentów 92 % produktów oraz przez 1200 aptek; przetwarzane są dwoma różnymi metodami). Podkreślić jednak należy, że kwota 18 mld PLN to szacowane wydatki w dwóch największych segmentach rynku leków: „aptecznym” i „szpitalnym”. Jeżeli weźmie się pod uwagę **niebadaną dotychczas**:

- oficjalną sprzedaż pozaapteczną leków (punkty apteczne, sklepy specjalistyczne zaopatrzenia medycznego, sklepy zielarsko – medyczne, sklepy zielarsko – drogeryjne, sklepy zoologiczne, ogólnodostępna sieć handlowa, czyli: sklepy ogólnospożywcze, kioski, stacje benzynowe, a przede wszystkim sieci „dużych marketów”),

- sprzedaż do innych kategorii zoz-ów niż szpitale oraz zarejestrowanych indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich, kupujących leki w małych ilościach, do doraźnego stosowania,
- sprzedaż różnym zakładom pracy, na wyposażenie pojazdów i innych „stanowisk pracy” w tzw. „apteczki pierwszej pomocy”, to można przypuszczać, że kwota ta powiększy się do około **20 mld PLN**.

Dla uzyskania pełnego obrazu problemu WWNL i oceny polskiego rynku leków należałoby:

- poprawić metodologię badań segmentu tzw. aptecznego (sprzedaż leków w aptekach ogólnodostępnych),
- podjąć dokładne badania segmentu tzw. szpitalnego (zakupy dokonywane przez szpitale),
- podjąć kompleksowe badania sprzedaży pozaaptecznej leków (legalnej),

a także:

- ewidencjonować i analizować wydatki na leki różnych „nabywców zbiorowych” (np. kupujących tzw. apteczki pierwszej pomocy na wyposażenie służbowych samochodów, statków, statków powietrznych itp.),
- podjąć badania wydatków związanych z szarą strefą (nieoficjalna i nielegalna produkcja, przede wszystkim środków odurzających i psychotropowych, import indywidualny pacjentów, członków ich rodzin i znajomych, sprzedaż straganowa),
- objąć badaniami wydatki na „leki naturalne”, nie pochodzące z oficjalnej, licencjonowanej produkcji i dystrybucji, lecz stosowane w Polsce, takie jak: różne zioła, propolis i inne przetwory z produktów naturalnych,
- ewidencjonować dokładnie i analizować stosowanie leków „bezpłatnych”, zwłaszcza w szpitalach, ale również w leczeniu ambulatoryjnym dostarczanych na różnych zasadach, głównie w celach promocyjnych, a także dla „uzależnienia lekarzy i pacjentów”, wymuszającego zakupy niezbędne do kontynuacji rozpoczętego procesu farmakoterapii.

Przed wszystkim należy jednak zająć się solidnymi badaniami i analizami zakupów realizowanych przez szpitale, bo ten ważny i stosunkowo łatwy do zbadania obszar, z zagadkowych powodów, znajduje się poza zainteresowaniem:

- organów założycielskich szpitali,
- ubezpieczyciela publicznego (NFZ) oraz
- rządu,
- Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia akredytującego polskie szpitale (nie zatrudniającego kompetentnych pracowników – doświadczonych farmaceutów, przygotowanych do kontroli i oceny funkcjonowania skomplikowanego i borykającego się z wieloma problemami serwisu farmaceutycznego w szpitalach)⁴.

Jest tak pomimo tego, że zakupy te finansowane są niemal w 100 procentach ze środków publicznych, bo nawet część szpitali niepublicznych uzyskuje środki publiczne, w ramach zawieranych z oddziałami NFZ kontraktów na świadczenie usług zdrowotnych, obejmujących – w większości przypadków – proces *farmakoterapii*.

Nikt nie interesuje się w Polsce, u kogo⁵ i na jakich warunkach⁶ szpitale dokonują zakupów leków, które kupują tanio, a które drogo. Brakuje systemów oceny. A sytuacja może być przecież skrajnie różna, pomimo jednakowych warunków działania wszystkich szpitali, wynikających, ze – zdawałoby się –oczywistego prawa „ograniczonego zasobów”, w tym wypadku „zasobów środków finansowych – publicznych”. Warto podkreślić, że wszystkie szpitale wykorzystujące środki publiczne mogą kupować leki po następujących cenach:

- niższych od cen producenta,
- równych cenom producenta,
- hurtowych – z różną marżą,
- a także otrzymywać leki „bezpłatnie”.

Wszystkie te szpitale powinny przestrzegać przepisów ustaw o finansach publicznych i o zamówieniach publicznych. Wydaje się, że nie rozpoznany problemem jest nie tylko przestrzeganie tych przepisów, ale również ich gruntowna znajomość przez kadrę kierowniczą wszystkich szpitali. Warto w tym miejscu przypomnieć, że z przepisów pierwszej ze wspomnianych ustaw wynika m. in. obowiązek przestrzegania dyscypliny budżetowej (w tym nieprzekraczanie planów wydatków) oraz zapewnienie warunków konkurencji (autentycznej, a nie pozorowanej) przy rozpatrywaniu ofert i zawieraniu umów z dostawcami, w ramach procesu zamawiania dostaw leków i realizacji zakupów tego szczególnego towaru. Szczególnego m. in. z powodu bardzo wielu pozycji asortymentowych, subtelnie różniących się od siebie wieloma złożonymi kryteriami, możliwymi do oceny tylko przez wysoko kwalifikowanych specjalistów, jakimi są farmaceuci ze stosownym wykształceniem i doświadczeniem.

3. Prezentacja problemu WWNL

Zjawisko WWNL można przedstawiać, posługując się różnymi zestawieniami danych statystycznych, np. porównaniami danych o wydatkach na leki (Tab. 1.):

- z produktem krajowym brutto (istotnym wskaźnikiem ekonomicznym, charakteryzującym gospodarkę poszczególnych państw) – jako procent produktu krajowego brutto,
- z ogólnymi wydatkami systemu ochrony zdrowia – jako procent tych ogólnych wydatków (przy porównywalnym zdefiniowaniu i sklasyfikowaniu „wydatków na ochronę zdrowia” oraz „wydatków na leki”).

Można też posłużyć się wykresami przedstawiającymi np.

- wzrost wartości sprzedaży,
- dynamikę wzrostu sprzedaży.

Państwo	% PKB	% Wydatków SOZ
Polska	2, 28 - 2, 46	30,60 - 33, 0
Portugalia	2, 1	25, 0
Francja	1, 6	16, 7
Grecja	1, 6	19, 0
Niemcy	1, 4	12, 6
Hiszpania	1, 4	18, 0
Włochy	1, 2	15, 1
Szwecja	1, 0	15, 1
W. Brytania	0, 9	12, 0
Dania	0, 7	10, 9

Tabela 1. Udział wydatków na leki w PKB oraz w wydatkach SOZ w wybranych państwach UE. Źródło: Kotula Zb., „Zielona Księga” – analiza i komentarz. Lek w Polsce. 05, 05, 66.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że nawet bardzo atrakcyjne graficznie prezentowanie danych o WWNL lub o dynamice tego wzrostu nie może przysłonić faktu, iż **nie mamy solidnych i kompleksowych danych do rozważań oraz analiz porównawczych** – dostępne dane o lekach, zarówno ilościowe jak i wartościowe, wyrażane liczbami, procentami czy obrazami, są nieporównywalne⁷.

Można wyrazić wątpliwość, czy wiedza o polskim rynku leków pochodzi ze źródeł właściwych, gwarantujących obiektywizm (niezależność) oraz łatwą i powszechną dostępność, skoro informacje na ten temat nie są wynikiem systemowych badań i analiz prowadzonych przez jakąkolwiek instytucję władzy publicznej i nie są, ze statusem „publiczne”, nigdzie systematycznie ogłaszane.

4. Czynniki powodujące WWNL

Niektóre czynniki powodujące WWNL wymieniane są dość często w literaturze przez różnych autorów⁸. Większość czynników powodujących WWNL nie jest przytaczanych, a odgrywają one znaczącą rolę (próbę szerszej analizy tych czynników, ich usystematyzowania i opisu, autor niniejszego opracowania podjął w artykule *Problem wzrostu wydatków na leki. Przyczyny*, opublikowanym w czasopiśmie „Zdrowie i Zarządzanie” – Paprocki 2004).

Czynniki powodujące WWNL można podzielić na 3 grupy.

1. Do pierwszej grupy warto zaliczyć te czynniki powodujące wzrost wydatków na leki, które wpływają na wzrost popytu na leki, a więc:

- a) zjawisko starzejących się społeczeństw,
- b) postęp w medycynie w obszarze odkrywania nowych chorób,
- c) postęp w medycynie w obszarze rozwoju techniki w diagnostyce oraz upowszechnianie zastosowań nowoczesnego sprzętu i aparatury,

- d) postęp w farmacji - odkrywanie i wprowadzanie do stosowania nowych leków,
 - e) postęp gospodarczy, powodujący wzrost zamożności, a więc i dostępności do leków,
 - f) postęp w edukacji i oświacie, powodujący wzrost oczekiwań,
 - g) **negatywne skutki nieprawidłowości w stosowaniu farmakoterapii, o charakterze medycznym i ekonomicznym,**
 - h) **nieprawidłowości w systemie rekomendacji leków przez państwo (słabe lub niewłaściwe regulacje rynku leków, brak lub niedopracowana polityka lekowa państwa),**
 - i) **brak konsekwencji w zakresie wdrażania powszechnego i szczerzego systemu monitorowania stosowania leków,**
 - j) **brak wdrożeń zasad farmacji klinicznej i brak znaczącego postępu w upowszechnianiu opieki farmaceutycznej.**
2. Do drugiej grupy zaliczyć czynniki, które wpływają na wzrost cen leków, takie jak:
- a) silna ochrona interesów producentów w postaci silnej ochrony patentowej leków oraz stosowania nazw zastrzeżonych,
 - b) rozpoznanie i wykorzystywanie przez producentów leków zmniejszonej elastyczności cenowej popytu na leki (zwłaszcza leków przepisywanych przez lekarzy na receptę) oraz odmiennej użyteczności leków (brak zjawiska „mdlącego tortu”),
 - c) duża niepewność, nieprzewidywalność rynku leków (epidemie, katastrofy cywilizacyjne i powodowane przez żywioły naturalne),
 - d) szybsze starzenie się technologii w tym obszarze – zwiększające inflację,
 - e) wzrost kosztów administracji,
 - f) wysokie normy jakościowe dotyczące warunków badania, produkcji, dystrybucji i stosowania leków – opracowywanie, zatwierdzanie, wdrażanie, stosowanie, kontrolowanie, kształcenie, doksztalcenie.
3. Do trzeciej grupy zaliczyć te czynniki, które powodują lub mogą powodować zarówno wzrost popytu na leki, jak i wzrost cen leków, a więc takie jak:
- a) wprowadzenie recept lekarskich (przeniesienie uprawnień do decyzji generujących wydatki i koszty z pacjenta „nabywcy” na lekarza – niezamierzony efekt zwolnienia z motywacji do szukania ekonomicznej zasadności decyzji lekarskich),
 - b) wzrost udziału płatników trzeciej strony na rynku leków (przeniesienie odpowiedzialności za dźwiganie generowanych przez lekarzy ordynujących leki wydatków i kosztów na inne podmioty – niezamierzony efekt zwolnienia z motywacji do szukania ekonomicznej zasadności decyzji lekarskich),
 - c) **rozbudowany marketing i silne oddziaływania promocyjne leków ukryte w kosztach produkcji – konkurencja nie niską ceną a intensywnością promocji,**
 - d) „defensive medicine”,

- e) **negatywne skutki nieprawidłowości w systemie dystrybucji leków,**
- f) uzwiązkowienie – korporacje medycznych zawodów,
- g) wykorzystywanie prestiżu szkół i autorytetów oraz znaczenia ustalonych procedur postępowania w medycynie i farmacji,
- h) polityczne znaczenie zapewnienia poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwu (niekiedy bardziej poczucia niż bezpieczeństwa)

Obok wymienionych wyżej czynników powodujących WWNL można zapewne dodać jeszcze inne. Na uwagę wydaje się zasługiwać szeroko pojęta zmienność formy organizacyjnej rynku leków. Np. przechodzenie segmentu aptecznego rynku leków z formy *konkurencji doskonałej* w formę *konkurencji niedoskonałej*, w wyniku powstawania i rozbudowy sieci aptek oraz wejścia na rynek aptek internetowych. Postępujący proces konsolidacji producentów leków i hurtowni farmaceutycznych też powoduje to zjawisko. Analizy form rynku leków i rozstrzygnięcia, czy powstaje *oligopol*, czy *konkurencja monopolistyczna*, w wyniku powstawania *submonopoli* niszowych lub lokalnych, warto uznać za przydatne w rozważaniach nad wzrostem cen i indukowaniem nieuzasadnionego popytu na leki przez podmioty sfery podaży.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że wiele czynników przyczyniających się do WWNL wydaje się niewygodnych i niechętnie przyjmowanych do wiadomości, a tym bardziej upowszechniania przez różne, silnie oddziaływujące na cały system ochrony zdrowia grupy interesów, związane formalnie i nieformalnie z podmiotami sfery podaży rynku leków.

Wythuszczenie części spośród wymienionych wyżej czynników ma sugerować skupienie na nich uwagi, bo stosunkowo efektywnie można na nie wpływać. Wskazuje to też podstawowe kierunki analiz przydatnych do nowelizacji całego pakietu przepisów regulujących rynek leków, a także do dopracowania celów i zadań polityki lekowej państwa.

Oczywiste wydaje się, że takich czynników jak rozwój medycyny i farmacji nikt nie zamierza ograniczać czy eliminować – wręcz odwrotnie. Bezsporna jest potrzeba odmładzania starzejących się społeczeństw (poprzez motywowanie młodych ludzi do tworzenia rodzin typu minimum „2+2” – zmieniających strukturę wiekową społeczeństw), ale niezwykle trudna jest realizacja takiego celu, a na pewno niemożliwa do szybkiego osiągnięcia.

Można natomiast, znając zjawisko *wielochorowości* u osób starszych, kontrolować związane z nim zjawisko zwane *wielolekowością* oraz ograniczać nieopanowane zjawisko określane jako *kaskada zapisywania leków*.

Generalnie można wyraźnie wskazać czynniki, które powinny stać się przedmiotem poważnych debat i decyzji oraz szybkich i konsekwentnych działań regulacyjnych, przynoszących wymierne efekty, co jest do udowodnienia.

Można przyjąć, że ze względu na wagę problemu każdy z wymienionych wyżej czynników zasługuje na odrębne, poważne potraktowanie: badania, analizy, i wręcz „podręcznikowe” opracowania.

5. Szczególne przyczyny WWNL występujące w Polsce

Niezależnie od czynników wymienionych wyżej, w Polsce można wskazać szczególne przyczyny WWNL – czynniki związane z wystąpieniem i pogłębianiem się swoistej asymetrii w udziale lekarzy i farmaceutów w decyzjach dotyczących stosowania *farmakoterapii* (najpowszechniejszej ze stosowanych metod terapii, polegającej na użyciu leków) oraz dotyczących szeroko rozumianej gospodarki lekami.

Za przyczyny powstania i pogłębiania się wspomnianej asymetrii w Polsce można uznać:

- pełnienie funkcji Ministra Zdrowia tradycyjnie przez lekarza, choć w wielu cywilizowanych państwach takiej tradycji nie ma,
- kształcenie lekarzy i farmaceutów na akademiach medycznych, a nie na uniwersytetach – na równorzędnych wydziałach.

Wypaczenia w rozwoju sytuacji można przypisać również irracjonalnej i bardzo daleko idącej pauperyzacji zawodu lekarskiego. Zawodu zupełnie wyjątkowego, wymagającego bardzo wysokich i stale uzupełnianych kwalifikacji, a także powołania i poświęcenia. Wysiłki i poświęcenia, niewynagradzane stosownie przez dziesiątki lat w PRL i teraz, spowodowały silne parcie lekarzy do uzyskania oczekiwanych dochodów poprzez dodatkową pracę, często w „dodatkowych obszarach”. Rozszerzanie obszarów zatrudnienia lekarzy przejawiało się m. in. w zajmowaniu przez nich wielu stanowisk związanych z administracją i zarządzaniem w Systemie Ochrony Zdrowia (SOZ), na różnych szczeblach struktury tego systemu i o bardzo zróżnicowanym charakterze zadań. Zajmowanie przez lekarzy stanowisk w zarządach olbrzymich firm typu PZU należy, oczywiście, potraktować jako absolutne i mało znaczące wyjątki.

Za jedną ze szczególnych przyczyn WWNL w Polsce, można uznać zdominowanie zarządzania SOZ przez lekarzy i wypieranie przez nich przedstawicieli innych profesji, w tym farmaceutów, przygotowanych teoretycznie i praktycznie do zarządzania w obszarze gospodarki lekami. Wylimitowanie farmaceuty ze ścisłego kierownictwa Ministerstwa Zdrowia (w randze podsekretarza stanu) oraz likwidacja Departamentu Farmacji w tym ministerstwie, a następnie likwidacja Instytutu Leków, to irracjonalne decyzje o znaczeniu strategicznym. Nic nie uzasadniało takich rozstrzygnięć przeciw farmacji i farmaceutom. To kroki wstecz całego SOZ, niezgodne z interesem publicznym wszystkich obywateli – pacjentów i potencjalnych pacjentów – zupełnie nieuzasadnione merytorycznie z punktu widzenia efektywności zarządzania systemem oraz jego niezwykle istotnym podsystemem, za jaki należy uznać rynek leków.

Hamowanie przez lekarzy rozwoju farmacji, a szczególnie farmacji szpitalnej, z całkowitą negacją i unicestwieniem w zarodku idei „farmacji klinicznej”, należy uznać za kolejną szczególną przyczynę WWNL w Polsce. Idea „farmacji klinicznej”, polegająca na usytuowaniu farmaceuty przy łóżku pacjenta w roli

partnera lekarza w *decyzjach dotyczących doboru farmakoterapii* oraz w *monitorowaniu procesu wykonawczego farmakoterapii*, rozwijająca się od wielu lat we wszystkich rozwiniętych państwach⁹, w Polsce nie tylko nie rozwija się, ale w ogóle nie zaistniała. Lekarze w Polsce (generalnie, bo na pewno nie wszyscy) nie tylko nie poszukują sposobów podnoszenia zasadności medycznej i ekonomicznej stosowanej powszechnie farmakoterapii oraz szeroko pojętej gospodarki lekami, ale wyraźnie się przed racjonalizacją decyzji i działań w tych obszarach bronią. Ucieczka od wsparcia merytorycznego przez farmaceutów w *stosowaniu farmakoterapii, standaryzacji i kontroli tego procesu*, nie jest bez wpływu na WWNL w Polsce, w tym na wzrost nieuzasadniony medycznie i ekonomicznie. Silna obrona interesów lekarzy, z wyraźnym nadużyciem prawa do autonomii w decyzjach lekarskich, jest bardzo ważnym czynnikiem powodującym wiele strat o charakterze medycznym i ekonomicznym.

Tragicznym przykładem **braku kontroli zasadności stosowania farmakoterapii przez farmaceutów** jest przypadek stosowania leków do zamierzonego (według aktu oskarżenia) uśmiercania pacjentów w karetkach łódzkiego pogotowia ratunkowego, ujawniony przez media. To dramatyczne i kompromitujące polski SOZ zjawisko, wykryte w nietypowy sposób, bez udziału „kontroli wewnętrznej” SOZ (bo taka prawie nie funkcjonuje, a formalnie istnieje w karłowatej postaci), warto też skojarzyć z wydawaniem pieniędzy publicznych na zabijanie ludzi, wobec często występujących sytuacji braku środków finansowych na zakupy leków ratujących życie. Warto także to skrajnie patologiczne zjawisko przypominać w trakcie rozważań na temat czynników istotnych w tworzeniu wizerunku Rynku Usług Zdrowotnych i poszczególnych podmiotów świadczących usługi na tym rynku oraz w kontekście promowania *zarządzania jakością w SOZ*.

6. Przeciwdziałania WWNL możliwe do zastosowania

We wszystkich rozwiniętych państwach rynek leków jest rynkiem silnie regulowanym przez państwo. O roli państwa w równoważeniu podaży i popytu mówi wiele podręczników ekonomii. Przyczyn interwencji państw na różnych rynkach jest wiele, ale warto w tym miejscu przytoczyć jedną: „Przedsiębiorcy maksymalizują zysk, nie zdrowie lub dobrobyt społeczny (za które się nie płaci)”¹⁰. Agencje państwowe zajmujące się regulacjami rynkowymi nie są wolne od „błędów i wypaczeń”, toteż powinny funkcjonować mechanizmy ich kontroli. A należy pamiętać, że przedsiębiorcy funkcjonujący na rynkach silnie regulowanych są zainteresowani „zawładnięciem regulacjami” i tworzą silny lobbings tam, gdzie go potrzebują. Przeciwwagą powinna być wysoka świadomość społeczna pacjentów (i potencjalnych pacjentów) sprzeczności interesów występujących na rynku, wyrażająca się zorganizowanym ruchem konsumenckim i działalnością stosownych instytucji władzy publicznej.

Przyjmując, że rynek leków powinien być silnie regulowany, warto w modelu tego specyficznego rynku wyraźnie wyodrębnić, obok potężnej sfery podaży i słabej sfery popytu, aktywną sferę regulacji (patrz rys. 1.)¹¹.

Uwzględniając, że rynkiem leków, jako określonym systemem, można zarządzać lepiej lub gorzej, warto trochę uwagi poświęcić analizom struktury organizacyjnej, celów i zadań oraz podziału kompetencji i odpowiedzialności sfery regulacji rynku leków, ale to odrębny poważny temat, zasługujący na osobne opracowanie.

Rozpatrując problem WWNL, proponuję za główny cel działania różnych podmiotów sfery regulacji rynku leków uznać przeciwdziałanie zjawisku ogólnego WWNL oraz zdecydowane eliminowanie wzrostu nieuzasadnionego medycznie i ekonomicznie.

Znanych sposobów przeciwdziałania WWNL możliwych do zastosowania jest bardzo wiele. Do najważniejszych należy zaliczyć:

1. System rekomendacji leków przez państwo, z podsystemami:
 - rejestracji i dopuszczania leków do obrotu,
 - refundacji leków,
 - stosowania wytycznych i standardów farmakoterapii,
 - promowania substytucji generycznej (stosowania leków generycznych, czyli odtwórczych),
 - powszechnego monitorowania i analizy stosowanej farmakoterapii,
2. Kontrolę i silną stymulację cen oraz marż,
3. Kontrolę i ograniczanie zysków producentów oraz dystrybutorów leków, z zastosowaniem *paybacku*,
4. Kontrolę i ograniczanie działań marketingowych firm farmaceutycznych,
5. Kontrolę i limitowanie zleceń lekarskich, z zastosowaniem zróżnicowanej gamy sankcji za nieprawidłowości w zakresie:
 - jakości (skuteczności i bezpieczeństwa stosowanej farmakoterapii),
 - kosztów (uwzględnienia ograniczonej zasobności środków dostępnych na finansowanie farmakoterapii),
6. Rozwój opieki farmaceutycznej.

Sposoby te (i inne, niewymienione wyżej) zasługują na poważne studia i analizy oraz stosowanie i usprawnianie. W tym miejscu wspomnę jedynie, że można je pogrupować w różny sposób. Proponuję trzy sposoby:

1. Logicznym wydaje się podział, dokonany w kontekście proponowanego podziału rynku leków na 3 sfery: na oddziaływania podmiotów sfery regulacji, na podmioty występujące w sferze podaży oraz na oddziaływania na podmioty przypisane do sfery popytu. Należy przy tych rozważaniach uwzględnić też wzajemne oddziaływania wszystkich podmiotów, usytuowanych we wszystkich 3 sferach, na siebie (zarówno pozytywne, jak i negatywne).
2. Niezmiernie interesującym wydaje się też podział przeciwdziałań WWNL na możliwe do zastosowania, bo stosowane w różnych państwach oraz stosowanych w Polsce (niestety zbyt powściągliwie).
3. Podział na „klasyczne” oddziaływania rynkowe (poprzez regulacje cen, marż, podatków, ceł) oraz specyficzne – stosowane wyłącznie na rynku leków.

7. Wydatki publiczne i prywatne – asymetria odwrócona

Powszechnie wiadomo, że rynek leków to duże pieniądze. Nieliczni wiedzą jak duże, bo nawet „ekspertom” mylą się pojęcia *wartość sprzedaży producentów leków z wartością wydatków wszystkich nabywców – podmiotów płacących za kupowane leki* (wydatki na leki wszystkich płatników w 2003 r. w Polsce, to – jak wyżej wspomniano – szacunkowo, bo nikt nie bada tego problemu kompleksowo i szczegółowo, ok. 20 mld PLN).

Wiadomo też, że duża część tych dużych pieniędzy¹² wydawanych na leki to *pieniądze publiczne*, rzekomo ważniejsze, wymagające więcej troski, lepszego zarządzania. Można dyskutować, czy te *pieniądze publiczne* są inne i bardziej ważne od *pieniędzy prywatnych*, których znacznie więcej wydawanych jest w Polsce na leki, albo w którym momencie *prywatne pieniądze* stają się *pieniędzmi publicznymi* (decyzje o podatkach oraz para-podatkach w formie składek na powszechne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne) oraz na czyje „życzenie” następuje takie przekwalifikowanie. Ale to nie jest główny problem w tym momencie. W dobrze rządzonym państwie żadnych pieniędzy, z trudem wypracowanych przez obywateli, nie powinno się marnotrawić. A rozregulowany rynek leków, to marnotrawienie pieniędzy, bez względu na ich formalne zakwalifikowanie, a tym samym trwonienie *dochodu narodowego*. Taka teza powinna być podstawą do kompleksowych rozważań nad racjonalnymi regulacjami rynku leków.

SYTUACJA W OBSZARZE PUBLICZNYCH WYDATKÓW NA LEKI: BLISKO 8 MLD PLN ROCZNIE

Teoretycznie, kto płaci, chce płacić mniej i energicznie ogranicza wydatki (prezes NFZ i nadzorujący go Minister Zdrowia, odpowiadający **teoretycznie** za budżet Funduszu i dyscyplinę finansową), a ten, kto ma potrzeby, bo chce leczyć, stosując *farmakoterapie*, czyli zlecać zakup leków leków, nie ponosząc bezpośredniej ani pośredniej (**nawet teoretycznej**) odpowiedzialności finansowej za swoje decyzje (lekarze praktykujący), chce wydawać więcej, mieć więcej środków do dyspozycji.

W praktyce i potrzebujący coraz więcej pieniędzy na zlecenie leków, i zarządzający dostępnymi kwotami na zakupy leków nie potrafią ukryć, że chcą więcej. Więcej niż mają, i więcej niż mogą mieć. A racjonalizacja wydatków jest dla wszystkich wciąż pojęciem abstrakcyjnym.

Wołania, że za mało jest środków „w systemie” (w systemie publicznym ochrony zdrowia) i nie można odmawiać ludziom leczenia, w tym leków, są bardziej donośne od przypomnień o naturalnej ograniczoności zasobów, również środków finansowych, również w „tym systemie”, ale i poza nim.

Apele o racjonalizację farmakoterapii oraz regulacje rynku leków zdecydowanie ograniczające wydatki na leki, **eliminujące ogromne wydatki na stosowanie leków nieuzasadnione medycznie oraz nieuzasadnione ekonomicznie** są zbywane milczeniem i wręcz zagłuszane.

Tak na marginesie – *wydatki nieuzasadnione* – to wszystkie te, których „nie zdążono” w pełni uzasadnić. To te wydatki, przed którymi wszyscy, w tak trudnej sytuacji ekonomicznej, powinni się zdecydowanie bronić, racjonalizując decyzje i działania.

Niestety, wypada stwierdzić, że:

- zawiłego systemu refundacji leków, tworzonego na irracjonalnych zasadach, uparcie się broni, nie słuchając głosów krytyki i nie spiesząc się z radykalną reformą tego systemu,
- nie wspiera się systemu refundacji takimi sposobami, jakie stosuje się w innych państwach (bogatszych i lepiej rządzonych), np.:
 - narodowym planem wydatków na refundację, z sankcjami motywującymi do dyscypliny,
 - kontrolą zysków producentów, z mobilizacją do ograniczania nieuzasadnionych zysków,
 - budżetami lekarskimi, wprowadzającymi elementarną odpowiedzialność za decyzje dotyczące zlecania farmakoterapii,
 - zasadami farmacji klinicznej i opieki farmaceutycznej, racjonalizującymi farmakoterapię,
 - ograniczaniem powiązań negatywnych aptekarzy, a szczególnie lekarzy z biznesem farmaceutycznym.
- nie wprowadza się standardów farmakoterapii, a nawet wytycznych farmakoterapii w leczeniu ambulatoryjnym, choć są dowody dużej skuteczności tych narzędzi ograniczania i racjonalizowania wydatków, a w szpitalach stosuje się te narzędzia zbyt opieszale i mało konsekwentnie,
- system powszechnego monitorowania farmakoterapii, opracowany i wdrożony (w ramach RUM) olbrzymim kosztem (publicznym), odrzucono, nie kwapiąc się go usprawniać i nie rozpatrując nawet zastosowania alternatywnego,
- dużo się mówi, że monitorowanie farmakoterapii jest potrzebne, (zawile tłumacząc, że nie do kontroli lekarzy – bo ich kontrolować nie można – tylko dla ułatwienia im wyborów w zakresie decyzji o zleceniu farmakoterapii), ale zaspokojenie tej potrzeby odracza się w nieskończoność.

Czas ucieka, podejmowane są pozorowane dyskusje, a grzech zaniechania zdiagnozowania oraz rozwiązania poważnego i bardzo złożonego problemu powszednieje.

SYTUACJA W OBSZARZE PRYWATNYCH WYDATKÓW NA LEKI: OKOŁO 12 MLD PLN ROCZNIE

Warto podkreślić, że stosowane w niedalekiej przeszłości rozwiązania mające na celu ochronę *finansów publicznych*, zapewniające ograniczanie wydatków na leki, wcześniej zwanych *państwowymi wydatkami*, a z czasem *publicznymi wydatkami*, były niezgodne z interesem najliczniejszej grupy podmiotów wystę-

pujących na rynku leków, jaką stanowią pacjenci i potencjalni pacjenci (około 38 milionów). Decyzje i działania związane z:

- ograniczeniem asortymentu leków refundowanych,
- obniżaniem poziomu (procentowo określonego) refundacji leków,
- ograniczaniem – podmiotowym i przedmiotowym – uprawnień do refundacji leków,
- przekwalifikowaniem wielu asortymentów leków z dostępnych tylko na receptę, na leki OTC¹³,
- 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 przrzucania 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 (na jednej receptce do jednego) 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).

Warto też, dodać, że dopuszczenie do nieokiełznanego rozwoju działań marketingowych producentów i dystrybutorów leków w wyniku zezwolenia na bardzo agresywną i masową reklamę leków (przynoszącą więcej szkód niż pożytku¹⁴), bagatelizowania dynamicznego rozwoju palety agresywnych działań promocyjnych leków, mających na celu jedynie wzrost obrotów i zysków podmiotów ze sfery podaży rynku leków, bez względu na skutki medyczne i ekonomiczne narzucenia **konkurencji, nie niską ceną, lecz intensywnością 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 nieuzasadnionej medycznie i ekonomicznie farmakoterapii. Działo się to legalnie i oficjalnie, w dodatku przy głośnych deklaracjach przedstawicieli środowiska lekarskiego i farmaceutycznego o potrzebie przestrzegania kodeksów etyki.

O ile, jak wspomniano wyżej, wiele ostatnich ekip rządowych podejmowało różne próby oszczędzania *pieniędzy publicznych*, to o oszczędzaniu *pieniędzy prywatnych* nikt nawet nie wspomniał. Nikt, nawet w ramach przedwyborczych festiwali obietnic, na taki pomysł nie wpadł. Można by potraktować taki zamysł za całkowicie irracjonalny, ale są przykłady takiego „szaleństwa” w innych państwach, np. w Niemczech, gdzie środki finansowe uzyskane z oszczędności na nieuzasadnionych, zbyt wysokich zyskach podmiotów sfery podaży rynku leków mają być argumentem do podjęcia politycznej decyzji o obniżeniu składki na

powszechne i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne obywateli, zbytnio obciążonych wysoką składką na ten cel¹⁵.

8. Zakończenie

Wzrost wydatków na leki (WWNL) jest zjawiskiem powszechnie występującym, ubocznym produktem rozwoju cywilizacji. Jest zjawiskiem zagrażającym stabilności systemu finansów publicznych państwa, gdyż jego dynamika jest większa od dynamiki wzrostu PKB, a udział środków finansowych zakwalifikowanych do środków publicznych w wydatkach na leki jest duży, choć aktualnie w Polsce proporcjonalnie do wydatków prywatnych, zdecydowanie za mały. Za podstawowe zagadnienia związane z nabrzmiewaniem w Polsce tego kompleksu problemów należy uznać:

- rażącą dominację wpływów podmiotów sfery podaży rynku leków, a szczególnie dużych koncernów farmaceutycznych, na kształtowanie farmakoterapii oraz na powściągliwość regulacji całego rynku leków,
- duży udział lekarzy w wypaczaniu zarządzania Systemem Ochrony Zdrowia oraz blokowaniu przekształcania tego systemu w Rynek Usług Zdrowotnych, na którym podmioty sfery podaży (świadczące usługi zdrowotne) są jednocześnie podmiotami sfery popytu Rynku Leków, bo stosują farmakoterapię, a więc używają leki,
- duży udział lekarzy w stosowaniu i propagowaniu farmakoterapii nieuzasadnionej medycznie i ekonomicznie,
- przyzwolenie korporacji zawodowych lekarzy i farmaceutów (od niedawna aptekarzy) na:
 - nieprawidłowości w stosowaniu farmakoterapii,
 - regres farmacji, a szczególnie farmacji szpitalnej,
 - słabość sfery regulacji rynku leków, za bardzo chroniącej interesy wąskiej grupy podmiotów sfery podaży rynku leków oraz lekarzy kształtujących w znaczący sposób farmakoterapię, a zaniedbującej ochronę interesów najliczniejszej grupy podmiotów jaką stanowią pacjenci i potencjalni pacjenci.

Problem wzrostu wydatków na leki jest podejmowany w ramach polityki lekowej poszczególnych państw, bardziej lub mniej sformalizowanej, a także w ramach polityki finansowej. W Polsce świadomość przyczyn i skutków tego zjawiska jest bardzo niska, również wśród wielu ekip zarządzających SOZ i „ekspertów” im doradzających. Poważne zaniedbania w tym zakresie, objawiające się m. in. zupełnym brakiem systemowych badań i danych o stosowaniu leków, a także, co interesujące, o całej grupie kosztów związanych z leczeniem skutków nieprawidłowo stosowanej farmakoterapii (choćby kosztów powikłań, hospitalizacji czy umieralności z tych powodów)¹⁶, można uznać za podstawę do sformułowania tezy, że wzrost wydatków na leki jest w Polsce, w bardzo dużej części, nieuzasadniony medycznie i ekonomicznie, a jednocześnie ignorowany.

Należy podkreślić, że dostępne, niekompletne i nie w pełni wiarygodne dane pokazujące malejącą dynamikę wzrostu wydatków na leki w Polsce nie powinny

usypiać czujności i odraczać niezbędnych decyzji oraz skutecznych działań zmierzających do gruntownego rozpoznania i rozwiązania problemu WWNL.

Nie można twierdzić, że polski rynek leków nie jest regulowany przez państwo, jednak można i trzeba bardzo krytycznie oceniać cały system tych regulacji, ze wskazaniem nieprawidłowości występujących w stosowaniu poszczególnych sposobów regulacji oraz ewidentnego braku zastosowania wielu rozwiązań stosowanych w innych państwach, w tym prostych i skutecznych.

Rozwój sytuacji w ostatnich kilkunastu latach w Polsce warto też potraktować jako zjawisko modelowe: agresywne wykorzystywanie zjawiska *małej elastyczności cenowej popytu na leki* przez wszystkie grupy podmiotów występujące w sferze podaży rynku leków powoduje zjawisko *niemal doskonałej elastyczności dochodowej popytu na leki*, wyraźnie ujawniające się np. w odchodzeniu pacjentów od okienka aptecznego z niewykupionymi lekami (w tym zleconymi przez lekarza) czy odmów lub odroczeń hospitalizacji pacjentów z powodu braku środków finansowych w szpitalach na zakup niezbędnych leków. A więc spadek dynamiki wzrostu wydatków na leki w Polsce wypada oceniać nie jako sukces wynikający z wysokiego poziomu racjonalności decyzji i działań podejmowanych w obszarze stosowania farmakoterapii oraz szeroko rozumianej gospodarki lekami, lecz jako wyczerpanie *ograniczonych zasobów środków finansowych na zakupy leków*, zarówno formalnie zakwalifikowanych do „publicznych”, jak i „prywatnych”, a tym samym realnych możliwości płatniczych wszystkich grup podmiotów płacących za leki.

Podział środków finansowych przeznaczanych na zakupy leków na „publiczne” i „prywatne” warto potraktować ze stosownym dystansem w związku z brakiem odpowiedzialności politycznej za decyzje dotyczące tego podziału. Należy mieć na uwadze fakt, że współpłacenie pacjentów za leki w Polsce, bliskie 70 %, jest najwyższe w państwach UE i przekracza znacznie poziom 40%, uznany przez WHO za bezpieczny dla społeczeństwa.

Warto też rozważyć problem dopuszczenia do tak wysokiego udziału ubezpieczonych przecież w większości pacjentów w finansowaniu stosowanej farmakoterapii wobec irracjonalnych oporów przed dopuszczeniem do współudziału pacjentów w finansowaniu, choćby symbolicznym, innych usług zdrowotnych, udzielanych oficjalnie i legalnie w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

W walce ze wzrostem wydatków na leki należy wyraźnie ukazać problem wydatków nieuzasadnionych medycznie i ekonomicznie generowanych przez biznes farmaceutyczny, ze szczególnym udziałem środowiska lekarskiego. Należy zastosować podejście systemowe i silnie skojarzyć wysiłki Systemu Ochrony Zdrowia z Systemem Finansów Publicznych. Uwzględnić należy istotę i znaczenie roli farmaceutów w racjonalizacji farmakoterapii oraz szeroko pojmowanej gospodarki lekami, z przyznaniem należnego miejsca rozwojowi farmacji, a szczególnie farmacji szpitalnej (obejmującej farmację kliniczną i opiekę farmaceutyczną) oraz zaniedbanej dziedziny wiedzy, jaką jest ekonomika farmacji.

Rozpoznanie problemu należy potraktować jako warunek skutecznego rozwiązania go. Za niezbędne należy uznać szybkie wykształcenie grupy ekspertów, którzy mogliby profesjonalnie przygotować projekty:

- programów kształcenia przed i podyplomowego kadr zarządzających w zakresie racjonalizacji farmakoterapii oraz gospodarki lekami dla SOZ i wszystkich podmiotów występujących w tym systemie,
- celów i zadań, struktury organizacyjnej oraz podziału obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności sfery regulacji rynku leków,
- programów wielopłaszczyznowych, długofalowych, kompleksowych, a jednocześnie szczegółowych badań rynku leków, zapewniających kompleksowe, kompatybilne i wiarygodne informacje,
- programów powszechnej edukacji w zakresie zachowań prozdrowotnych, obejmujących tematykę zagrożeń wynikających z wielu potencjalnych nieprawidłowości oraz z nadużywania stosowania farmakoterapii,
- wzbogacania i usprawniania arsenału sposobów eliminowania nieuzasadnionych medycznie i ekonomicznie wydatków na leki.

Wzrost wydatków na leki powinien być uznany za czynnik powodujący zagrożenie dla stabilności Systemu Finansów Publicznych i, jako taki, za czynnik motywujący do gruntownych, już zbyt długo odkładanych reform SOZ w Polsce. Najwyższe władze państwowe powinny z determinacją zająć się motywowaniem do niezbędnych, daleko idących zmian SOZ, w znaczący sposób oddziaływującego na System Finansów Publicznych.

Informacje o autorze

Mgr farm. Maciej Paprocki – Zakład Farmacji Stosowanej, Wydział Farmaceutyczny, AM w Warszawie. E-mail: mpapr@wp.pl

Przypisy

¹ Dr Marcia Angell, autorka książki *The Truth About the Drug Companies*, pełniąca funkcję redaktora naczelnego „The New England Journal of Medicine”, jednego z najwyżej cenionych medycznych czasopism naukowych na świecie, przez ostatnie dwie dekady, stwierdza: „Przemysł (farmaceutyczny, amerykański i europejski – Big Pharma) nie jest szczególnie innowacyjny, ale jest wysoce innowacyjny i agresywny w wymyślaniu dróg powiększania uprawnień monopolistycznych” oraz „Zamiast być wersją sukcesu wolnego rynku, żyje z badań finansowanych przez rząd i z praw monopolistycznych” (Angell 2005).

² Dane powtarzane w lutym, czerwcu i listopadzie 2004 r. w: Kamiński Z. Koncepcja systemu OSOZ. Menedżer Zdrowia: 04, 2, 50., Koncepcja systemu OSOZ. Streszczenia opisu. Kamssoft. Katowice 2004 r. – materiały na konferencję 17. 06. 2004 w Warszawie oraz OSOZ. Streszczenie. Kamssoft. Katowice, listopad 2004 r. – materiały na konferencję 21. 11. 2004 r. w Warszawie, pomimo sygnalizowanego błędu (Kamiński Z. 2004., Koncepcja systemu 2004., OSOZ Streszczenie 2004.)

³ Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga. MZ. Warszawa 21 grudnia 2004 r., s. 98 i 105 (Kotula 2005: 64).

⁴ CMJ w ogóle nie zatrudnia farmaceutów.

⁵ Czy w hurtowni farmaceutycznej (i ewentualnie, w której), czy bezpośrednio u producenta, czy w aptece ogólnodostępnej.

⁶ Nikt nie rejestruje i nie analizuje, po jakich cenach poszczególne szpitale kupują leki, a tym bardziej ile faktycznie za nie płać (jakie są stosowane rabaty i jakie są płacone odsetki za opóźnione płatności). Zasady realizacji dostaw, dopuszczenia substytucji asortymentowej w poszczególnych dostawach objętych długookresowymi umowami, załatwiania reklamacji czy określenie warunków płatności – też są nie znane.

- ⁷ Patrz analizy porównawcze (Kotula 2005: 64).
- ⁸ Porównaj: Bochenek 2001: 76, Pluta 1999: 9 i 18, Czech, Pachocki 2002: 33, Abbot 2000: 330-347, Hermanowski 2001: 89, Orlewska 1999: 7-9).
- ⁹ Patrz *Zarys Farmacji Klinicznej* pod redakcją prof. dr hab. L. Krówczyńskiego i prof. dr hab. A. Danka, PZWL, Warszawa, 1982, szczególnie rozdział 1. – Zadania i aktualny stan farmacji klinicznej, (Krówczyński L., Danek A. 1982: 9-18).
- ¹⁰ Jeden z argumentów za „ograniczeniem rynku” (Getzen 2000).
- ¹¹ Porównaj z modelem w (Paprocki 2000: 30)
- ¹² Prawie 8 mld PLN stanowią: refundacja leków wydanych w aptekach ogólnodostępnych oraz zakupy leków dokonane przez szpitale, za środki uzyskane w ramach kontraktów z NFZ
- ¹³ OTC – skrót od ang. *over the counter*.
- ¹⁴ Studenci IV roku, na Wydz. Farmaceutycznym AM w Warszawie potrafią dość precyzyjnie określić łamane, uznane za dość liberalne, przepisy ustawy Prawo Farmaceutyczne, dotyczące reklamy leków, jednocześnie pytając, dlaczego nikt nie reaguje na praktyki powodujące poważne zagrożenia dla zdrowia całego społeczeństwa.
- ¹⁵ Sam taki projekt, bez względu na możliwości szybkiej realizacji, przedstawiony w: artykule Tarasiewicza i Hilgiera (Tarasiewicz, Hilgier 2004: 23) zasługuje na potraktowanie jako przeciwwaga dla nawoływań o „więcej środków dla SOZ”.
- ¹⁶ Koszty takie są badane i szacowane w dużo lepiej rządzonych państwach.

Bibliografia

- Abbot, T. 2000. Przemysł Farmaceutyczny. w Getzen T.E. (red.), *Ekonomika Zdrowia*. s. 330-347. Warszawa: PWN.
- Angell, M. 2005. Prawda o firmach farmaceutycznych. Jak nas oszukują i co z tym zrobić. *Suplement do Aptekarza*, nr 13.
- Bochenek, T. 2001. Gospodarka lekami w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. *Zdrowie i Zarządzanie*, nr 2, s. 76.
- Bogusławski, St. Dyrektor Generalny IMS Health w Polsce. Referat Rynek leków w Polsce i na świecie. 7 kwietnia 2005. Wydz. Farmaceutyczny AM w Warszawie.
- Czech, M. i R. Pachocki. 2002. Farmakoekonomika dla lekarzy. *Medycyna po dyplomie*, nr 9, s. 33.
- Getzen, T.E. 2000. *Ekonomika Zdrowia*, Warszawa: PWN.
- Grupa ekspertów Szkoły Biznesu Politechniki Warszawskiej. 2004. *Gospodarka lekowa. Raport*. Warszawa, Gdańsk, Rzeszów, Szczecin.
- Hermanowski, T. i inni. 2001. Wpływ polityki lekowej na dostępność leków oraz finanse publicznej ochrony zdrowia. *Zdrowie i Zarządzanie*, nr 6, s. 89.
- Kamiński, Z. 2004. Koncepcja systemu OSOZ. *Menedżer Zdrowia*, nr 2, s. 50.
- Koncepcja systemu OSOZ. Streszczenie opisu. Kamssoft. Katowice 2004 r.
- Kotula, Z. 2005. „Zielona Księga” – analiza i komentarz. *Lek w Polsce*, nr 5, s. 64.
- Krówczyński, L. i A. Danek. (red) 1982. *Zarys Farmacji Klinicznej*, Warszawa: PZWL.
- Ministerstwo Zdrowia. 2004a. *Polityka lekowa państwa 2004-2008 r.*, Warszawa, www.mz.gov.pl.
- Ministerstwo Zdrowia. 2004b. *Raport: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga*, Warszawa, www.mz.gov.pl.
- Orlewska, E. 1999. *Podstawy Farmakoekonomiki*. Warszawa: Unimed.
- OSOZ. Streszczenie. Kamssoft. Katowice, listopad 2004 r.
- Paprocki, M. 2000. Regulowanie popytu na leki. *Zdrowie i Zarządzanie*, nr 6, s. 50.
- Paprocki, M. 2004. Problem wzrostu wydatków na leki. Przyczyny. *Zdrowie i Zarządzanie*, nr 6, s. 72.
- Pluta, J. (red) 1999. *Farmakoekonomika*. Tempus Phare Jep – 11383 – 96, UJ CM Kraków.
- Tarasiewicz, A. i M. Hilgier. 2004. Farmacja w Unii Europejskiej. Rewolucja w Niemczech. *Gazeta Farmaceutyczna*, nr 6, s. 23.