

# Wydatki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce na refundację leków w latach 2004–2012

Christoph Sowada

Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

*Adres do korespondencji:* Christoph Sowada, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków, christoph.sowada@uj.edu.pl

## Abstract

### *Health insurance expenditures on drug refunds in 2004–2012*

Drug expenditures in each country account for a large share in total health expenditures. Hence experts, media and societies are becoming very interested in the drug policy in their country, where one of the important components is reimbursement/refund policy. Good governance in the drug sector means not only taking up allocation, redistribution and stabilization tasks that belong to the government, but also taking into consideration differences in interests of different stakeholders on the drug market. If it is disregarded, even ideal theoretical solutions will not work in market reality.

This article presents and comments basic facts on development of universal health insurance expenditures on drug refund in the last 13 years in Poland, especially in 2012 after implementation of the new bill on refund policy. This law led to a dramatic decrease in drug refund cost share in total expenditures of the National Health Fund (Narodowy Fundusz Zdrowia, NFZ) from 15% in 2011 to 11.2% in 2012. Still the share of drug refund has already had a decreasing tendency in NFZ expenditures starting from 2005.

Available data contradict suspicions that savings on drug refunds in NFZ has led to an increase in patients' health expenditures on prescription drugs. Costs of substitutive full-price drugs (equivalents for refunded ones) bought by Polish patients in 2012 increased only by 650 mln PLN, while NFZ's refund expenditures decreased by almost 2 billion PLN, and patients' copayment in the case of refunded drugs dropped by one billion PLN. However, drug consumption was reduced.

Conducted analysis also showed a systematic, and positive for patients, growth in the share of almost fully refunded drugs – drugs with low fixed copayments (from 49% in 2004 to almost 65% in 2012) and lower 30% patients' copayment in NFZ refunds. Which in fact is in contradiction with the common opinion that NFZ is running a policy of shifting more drug costs on patients. What is concerning are regional discrepancies (between regional – voievodship branches) in refund expenditures per insured person (the difference between the highest and lowest is 49 PLN – 28%).

**Key words:** drug expenditures, drug policy, reforms, reimbursement

**Słowa kluczowe:** polityka lekowa, reformy, refundacja, wydatki na leki

## Wprowadzenie

Publikowane przez Główny Urząd Statystyczny wyniki Narodowych Rachunków Zdrowia nie pozostawiają żadnych wątpliwości: w 2011 r. 25% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w Polsce pochłonęły wydatki na leki wydawane w tzw. sprzedaży otwartej, tj. poza placówkami stacjonarnej opieki szpitalnej [1]<sup>1</sup>. Gdyby dodać do tego wartość leków ordynowanych w szpitalach, wydatki na leki prawdopodobnie stanowiłyby największą pozycję w budżecie sektora ochrony zdrowia. Wprawdzie

w bogatszych krajach, np. Europy Zachodniej, udział leków w wydatkach całkowitych na zdrowie jest nieco niższy – np. w Niemczech sięga niecałych 15,5% (dane za 2011 r.) [2], to jednak wszędzie pochłaniają one dużą część środków przeznaczonych na ochronę zdrowia, polityka lekowa państwa zaś, której ważnym, a być może najważniejszym elementem jest polityka refundacyjna, budzi ogromne zainteresowanie społeczeństwa, nierzadko również ogromne kontrowersje i emocje.

Przeciętny tzw. szary obywatel konfrontowany jest z jednej strony z doniesieniami na temat ogromnych zy-

sków koncernów farmaceutycznych, z drugiej zaś, jako pacjent, musi się uporać nie tylko z często bardzo wysokimi wydatkami na leki, lecz również z problemami ze znalezieniem niektórych zaleconych przez lekarza medykamentów w aptekach. Z kolei publiczni płatnicy (instytucje społecznych ubezpieczeń zdrowotnych, budżet państwa, budżety terytorialne) dzieląc ograniczone środki, jakie otrzymali na finansowe zabezpieczenie świadczeń dla swoich ubezpieczonych/obywateli, przestrzegając obowiązującego prawa, muszą zachować równowagę pomiędzy przychodami i wydatkami. Poza nielicznymi i dopuszczalnymi jedynie w krótkim okresie sytuacjami nierównowagi finansowej układanie budżetu publicznego płatnika, np. Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w Polsce, toczy się według reguł gry opisywanej w teorii jako „gra o sumie równej zero” [3]. Przy danych środkach wydanie większej sumy na pozycję A (np. refundację leków) oznacza wydanie mniejszej kwoty na pozycję B (np. świadczenia ambulatoryjne). W rzeczywistości o tym, ile obywatele pacjenci będą musieli wydać na leki, a jaka część kosztów farmakoterapii zostanie zrefundowana ze środków publicznych, decydują ostatecznie osoby odpowiedzialne w państwie za prowadzenie polityki zdrowotnej, której częścią jest polityka lekowa.

Prezentowany artykuł jest poświęcony przedstawieniu i skomentowaniu podstawowych faktów dotyczących rozwoju wydatków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce na refundację leków wydawanych przez apteki otwarte w ostatnich 13 latach, szczególnie jednak w 2012 r., pierwszym roku obowiązywania nowej ustawy refundacyjnej (Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych). Zrozumienie zachodzących w tym zakresie procesów wymaga jednak umieszczenia przeprowadzanej analizy ilościowej w szerszym kontekście teoretycznym. Należy bowiem zdać sobie sprawę z tego, dlaczego w ogóle pojawia się refundacja leków, dlaczego państwo prowadzi politykę refundacyjną. Przedstawieniu tego szerszego teoretycznego kontekstu poświęcono pierwszą część artykułu<sup>2</sup>. Statystycznego tła dla analizy polskich wydatków na refundację leków dostarcza krótki przegląd danych dotyczących całkowitych wydatków na leki i materiały nietrwałego użytku wydawane pacjentom opieki ambulatoryjnej (druga część artykułu). Analiza rozwoju wydatków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na refundację leków, w tym ich struktury względem rodzaju odpłatności oraz różnic regionalnych, zajmuje trzecią część tekstu. Artykuł kończy się dyskusją zaprezentowanych wyników ilościowych, ale również przedstawieniem ograniczeń przeprowadzonej analizy, które z jednej strony zachęcają do podjęcia dalszych badań, z drugiej zaś do zachowania właściwej ostrożności w formułowaniu wniosków, a być może także na ich podstawie ryzykownych i nieprzemyślanych rekomendacji.

## 1. Polityka refundacyjna państwa – cele i narzędzia jej realizacji

Jak już stwierdzono we wprowadzeniu, wydatki na leki stanowią jedną z najważniejszych pozycji w budżecie nie tylko polskiego sektora ochrony zdrowia. W Polsce gra toczy się o ponad 22 mld zł, z tego ponad jedną trzecią stanowią środki publiczne. Trudno się dziwić, że podział takich pieniędzy budzi emocje. Podział środków publicznych, ale także pośrednio prywatnych, na leki jest kształtowany przez politykę cenową i refundacyjną państwa (zwanej dalej polityką refundacyjną), tj. tę część polityki lekowej, która jest związana z finansowaniem oraz kształtowaniem cen leków w ramach systemu opieki zdrowotnej [4]. Prowadząc politykę refundacyjną, państwo musi z jednej strony we właściwy sposób docenić znaczenie nowoczesnej farmakoterapii w ratowaniu zdrowia i życia swoich obywateli, z drugiej zaś uporać się z wieloma praktycznymi problemami kształtującymi rynkowe i pozarynkowe stosunki państwa i społeczeństwa z przemysłem farmaceutycznym. I to właśnie kompleksowość tych stosunków sprawia, że polityka lekowa państwa należy do najtrudniejszych i najbardziej kontrowersyjnych działów polityki zdrowotnej. Skalę trudności obrazują m.in. niekończące się próby poszukiwania optymalnych, lub przynajmniej funkcjonalnych, rozwiązań podejmowane niezależnie od siebie przez różne kraje. Praktycznie każdy kraj Unii Europejskiej stosuje odmienny katalog narzędzi oddziaływania na podaż leków, szczególnie refundowanych, oraz na popyt na leki. W różnym stopniu i w różnych kombinacjach sięga się po instrumenty w postaci kontroli cen, ich korekty, porozumień w sprawie ceny i ilości leków, porównań cen obowiązujących w Europie, ekonomicznych analiz efektywności, oddziaływania na przepisujących leki lekarzy, budżetów na przepisywane leki, wytycznych w zakresie przepisywania leków, list leków refundowanych, regulacji dotyczących wydawania leków w aptekach, kształtowania sieci dystrybucji leków, regulacji wynagrodzeń aptekarzy, współpłacenia pacjentów [szczegółowo 5 i 6]. Co czyni politykę refundacyjną tak trudną?

W literaturze ekonomicznej przypisuje się państwu z reguły realizację trzech celów: alokacyjnego, dystrybucyjnego i stabilizacyjnego. Cel alokacyjny jest nierozwalnie związany z diagnozowaną na różnych polach zawodnością mechanizmu rynkowego jako podstawowego narzędzia alokacji ograniczonych zasobów w społeczeństwie akceptującym wolność jednostki oraz reguły gospodarki wolnorynkowej [7]. Zawodność rynku wyraża się w braku możliwości osiągnięcia za pomocą mechanizmu rynkowego optymalnej, tj. maksymalizującej sumę korzyści społecznych, alokacji zasobów (zgodnie ze zmodyfikowaną przez kryteria kompensacyjne zasadą optimum Pareta [np. 8]). W odniesieniu do zaopatrzenia ludności w leki dwa rodzaje zawodności rynku przyciągają szczególną uwagę. Są to asymetrie informacyjne oraz rosnące efekty skali.

Wprawdzie nie tylko ochrona zdrowia doświadcza egzystencji głębokich asymetrii informacyjnych zachodzących między oferentami usług i dóbr, ich odbiorcami

i ostatecznymi płatnikami, to jednak specyfika sektora, przede wszystkim jednak specyfika samego zdrowia, które jednocześnie decyduje o dobrobycie jednostki i o losie społeczeństwa<sup>3</sup>, sprawia, że pojawiające się tutaj asymetrie są traktowane jako znaczące realne zagrożenie dla funkcjonowania społeczeństwa i całego systemu gospodarczego [7]. W przypadku rynku leków mamy na dodatek do czynienia z wielostopniowymi asymetriami. Największą przewagą informacyjną wykazują producenci leków. To oni dysponują najpełniejszymi informacjami na temat skuteczności swoich produktów, ich bezpieczeństwa oraz efektywności ekonomicznej. Niestety, dość często się zdarza, że wykorzystują oni swoją przewagę na niekorzyść społeczeństwa i konkretnych chorych. Na rynku pojawiają się produkty, które należy nazwać pozornymi innowacjami. Nie przynoszą one pacjentom żadnej dodatkowej korzyści, za to ich producenci domagają się wpisania ich na listy refundacyjne publicznego płatnika<sup>4</sup>. Asymetrie informacyjne dominują również w stosunkach lekarza z pacjentem. A to przecież od wyboru lekarza zależy, jaki lek zostanie pacjentowi sprzedany, a zatem który producent uzyska dochody ze sprzedaży. Stąd nieustanne próby wywierania wpływu na lekarzy przez przedstawicieli koncernów farmaceutycznych, często przyjmujące postać korupcji [szczegółowo 9 i 10]. Także płatnik, fundusz ubezpieczeniowy lub budżet, musi się zmierzyć z konsekwencjami występowania asymetrii informacyjnych, ale nie tylko tych wynikających z przewagi wiedzy po stronie dostawcy usług i dóbr medycznych, lecz także egzystujących po stronie pacjentów, którzy rozwijając zachowania typu *moral hazard*, nadużywają świadczeń lub przekazują pozyskane za darmo leki osobom nieuprawnionym do bezpłatnego ich nabycia. Oczywiście asymetrii informacyjnych nie da się całkowicie zlikwidować, gdyż są one naturalnym skutkiem, ale i niezbędnym motorem postępu. Zadaniem państwa prowadzącego politykę refundacyjną jest natomiast ograniczenie tychże asymetrii poprzez gromadzenie jak największej ilości informacji i przekazywanie ich wszystkim zainteresowanym stronom. Obowiązkiem państwa jest również ustanowienie takiego systemu regulacji i sankcji, które zminimalizują ryzyko nadużywania posiadanej przewagi informacyjnej na szkodę innych podmiotów oraz zmaksymalizują prawdopodobieństwo odczucia niekorzystnych sankcji przy wszelkich nadużyciach. W końcu to państwo jest odpowiedzialne za dopuszczenie leków do obrotu oraz dopuszczenie leków do refundacji ze środków publicznych. Potrzebni mu są do tego niezależni i odporni na próby korumpowania eksperci wyposażeni w najnowocześniejsze narzędzia weryfikacji informacji dostarczanych przez producentów leków.

Rosnące efekty skali są nierozłącznie powiązane z występowaniem konstelacji rynkowych nazywanych monopolami naturalnymi. Pojawiają się one, gdy przeciętne koszty wytwarzania danego produktu stale spadają wraz ze wzrostem poziomu produkcji, a minimalna wielkość produkcji pokrywająca koszty całkowite jest na tyle wysoka, zgłaszany popyt zaś na tyle „niewielki”, że może on zostać zaspokojony przy pokryciu kosztów pro-

dukcji tylko jednego producenta, tak jak się to odbywa w przypadku przesyłu energii, wody czy gazu [11]. Likwidacja monopolu naturalnego, o ile w ogóle możliwa, przyniosłaby dla konsumentów jedynie podwyżkę cen. Z kolei pozostawiając wolną rękę monopolistycznym dostawcom dóbr i usług, państwo naraża także swoich obywateli na straty i na zawyżane przez monopolistów ceny. Nie zmienia tego fakt, że w przypadku rynku farmaceutycznego w ogóle nie chodzi o sytuację monopolu naturalnego. Owszem, w sektorze pojawiają się bardzo często monopole, te jednak nie są rezultatem zawodności rynku, lecz skutkiem regulacji państwa obejmującej poszczególnych producentów ochroną patentową [12]. Ochrona patentowa jest potrzebna, gdyż stanowi zasadnicze narzędzie wspierania badań i rozwoju rzeczywistych innowacji. Niestety, zawsze pojawia się też jej negatywny alokacyjny „produkt uboczny” w postaci monopolizacji produktu. Obowiązkiem państwa jest w takim wypadku łagodzenie skutków implementacji przezeń sytuacji monopolistycznych, głównie na drodze regulacji cen. Narzucając konkretne ceny lub ustanawiając tzw. ceny referencyjne, regulując zyski koncernów farmaceutycznych albo też wprowadzając ściśle określone budżety lekowe, państwo stara się ograniczyć obciążenia publicznych płatników wydatkami na leki, czasami również obciążenia pacjentów [szczegółowo 4, 12, 13]. Chroniąc siebie i obywateli przed nadużyciami ze strony monopolistów, państwo musi jednak brać pod uwagę również interes samych producentów leków. W innym wypadku w zglobalizowanym świecie nader restrykcyjna polityka lekowa może doprowadzić do wycofania się konkretnych producentów z konkretnych rynków lub też do rozwoju tzw. eksportu równoległego, w wyniku którego leki pierwotnie przeznaczone na rynek krajowy trafiają do innego kraju (tam, gdzie producenci leków i ich dystrybutorzy otrzymują wyższe ceny). Jak bardzo realne jest to zagrożenie, przekonują się polscy pacjenci potrzebujący niektórych leków, na które polskim negocjatorom udało się uzyskać ceny dużo niższe niż obowiązujące za naszymi granicami.

Dystrybucyjne zadania państwa w społeczeństwie otwartym i korzystającym z dobrodziejstw gospodarki rynkowej odnoszą się w rzeczywistości do wielowymiarowego celu sprawiedliwości społecznej. Sprawiedliwość społeczna wymaga m.in. zagwarantowania każdemu człowiekowi dostępu do podstawowych ratujących jego zdrowie i życie świadczeń medycznych, niezależnie od jego indywidualnej pozycji społecznej oraz indywidualnej zdolności finansowej [szczegółowo 7 i tam podana literatura]. Cel ten państwo realizuje także poprzez refundację kosztów farmakoterapii przez publicznego płatnika. Definiując swoją politykę lekową, państwo musi określić, jakie leki, w jakich sytuacjach i dla jakich grup społecznych będzie refundować (ustalenie list refundacyjnych), a także jaką część ich kosztów przejmie, a jaką pozostawi w zakresie odpowiedzialności finansowej pacjentów. Ale państwo musi brać pod uwagę nie tylko wymagania stawiane przed rozwiązaniami sprawiedliwymi, lecz również niedoskonałości natury ludzkiej i warunki funkcjonowania gospodarki rynkowej. Ich zlekceważenie



powoduje bowiem, że formalnie najbardziej sprawiedliwe rozwiązania przeistaczają się w narzędzia tworzenia niesprawiedliwości i promowania nadużyć.

Wreszcie trzeci cel, stabilizacyjny. Interpretowany szerzej<sup>5</sup> cel stabilizacyjny wyznacza obowiązki państwa w odniesieniu do stabilizacji systemu społeczno-ekonomicznego, zapewnienia dla niego wystarczającej akceptacji społecznej także poprzez prowadzenie odpowiedzialnej polityki. Odpowiedzialna polityka oznacza politykę opartą na stabilnych fundamentach finansowych. F. Breyer, P. Zweifel i M. Kifmann nie mają żadnych wątpliwości, że głównym wyznacznikiem prowadzonej przez państwo regulacji cenowej jest konieczność lub chęć ograniczenia publicznych wydatków na leki i stabilizacja w ten sposób publicznych budżetów na ochronę zdrowia [12]. Wniosek ten można rozszerzyć na całą politykę refundacyjną z ustanowieniem udziału pacjenta w kosztach leków włącznie. Celu stabilizacji finansowej nie wolno natomiast utożsamiać z głoszonym głównie przez tabloidy hasłem „oszczędzania na pacjencie”. Jak już powiedziano wyżej, układanie publicznych budżetów w ochronie zdrowia przypomina grę o sumie równej zero. Więcej pieniędzy na leki oznacza mniej na jakies inne świadczenia zdrowotne. Przekroczenie w ramach finansów publicznych granicy sektorów nie zmienia charakteru gry; więcej pieniędzy na leki, a zatem na zdrowie, oznacza mniej pieniędzy na inne zadania publiczne. A jeśli i tę granicę przełamiemy, więcej publicznych pieniędzy na leki może oznaczać mniej pieniędzy na prywatną konsumpcję. Przy prowadzeniu polityki refundacyjnej nie chodzi zatem, a przynajmniej nie powinno chodzić, o proste ograniczenie wydatków publicznych, lecz o optymalizację alokacji ograniczonych zasobów w kontekście całego społeczeństwa i gospodarki. Ale odpowiedzialna polityka to także polityka wzmacniająca w społeczeństwie akceptację dla przyjętego modelu organizacji stosunków społeczno-ekonomicznych, polityka chroniąca kraj przed wybuchami niezadowolenia grup zagrożonych socjalną ekskluzją [7]. Realizując politykę refundacyjną lub – szerzej – politykę lekową, państwo musi doprowadzić do stabilnego kompromisu uwzględniającego interesy wszystkich podmiotów i wszystkich grup społecznych, począwszy od tych najsłabszych

obywateli niedysponujących dochodami własnymi wystarczającymi na zapewnienie sobie adekwatnego do potrzeb dostępu do świadczeń medycznych (w tym leków), poprzez obywateli zobowiązanych z racji swojej lepszej sytuacji dochodowej do solidarnego wsparcia biedniejszych i bardziej schorowanych współmieszkańców, świadczeniodawców (w szczególności lekarzy przepisujących leki i aptekarzy), aż po przemysł farmaceutyczny.

## 2. Wydatki na leki i materiały nietrwałego użytku dla pacjentów ambulatoryjnych według Narodowych Rachunków Zdrowia

Najbardziej wiarygodnych danych na temat wysokości wydatków na zdrowie dostarczają Narodowe Rachunki Zdrowia (NRZ), oparte na metodologii zaproponowanej przez OECD, a następnie przejętej przez EUROSTAT. Zorganizowane wokół trójosiowego systemu, kwalifikującego wydatki zdrowotne według źródeł finansowania, dostawców dóbr i usług oraz funkcji ochrony zdrowia, NRZ pozwalają na identyfikację nie tylko poziomu wydatków, ale również kierunków ich przepływu. Wysokość wydatków na leki i materiały nietrwałego użytku wydawane pacjentom opieki ambulatoryjnej zostały ujęte w funkcjonalnej kategorii HC 5.1<sup>6</sup>. Aktualnie dysponujemy szczegółowymi danymi na ich temat do 2010 r.

W ujęciu nominalnym wydatki na leki i materiały nietrwałego użytku dla pacjentów ambulatoryjnych wzrosły dwukrotnie z 10 mld zł w 1999 do 22,4 mld w 2010 r. Dane zebrane w **Tabeli I** pokazują także, że po drastycznym wzroście kategorii HC 5.1, mierzonym jej udziałem w całkowitych wydatkach na indywidualną opiekę zdrowotną do ponad 32% w 2004 r. nastąpił zwrot, za sprawą zaostżenia polityki refundacyjnej NFZ zainicjowanego przez ówczesnego ministra zdrowia Mariusza Łapińskiego, ale również wskutek szybkiego wzrostu wydatków całkowitych na ochronę zdrowia. Lata 2008–2010 przyniosły względną stabilizację – udział wydatków na leki i materiały nietrwałego użytku realizowanych poza opieką stacjonarną, w ogóle wydatków na indywidualną opiekę zdrowotną, ustabilizował się na poziomie około 25%, w ogóle zaś wydatków na ochronę zdrowia wynosił

	1999	2002	2004	2006	2008	2010
Wydatki na indywidualną opiekę zdrowotną w mln zł	36 624	46 460	52 400	59 624	80 058	88 965
Razem wydatki bieżące na ochronę zdrowia mln zł	39 832	49 279	54 758	62 057	83 393	92 134
Ogółem wydatki na ochronę zdrowia mln zł	41 366	51 237	57 358	65 731	89 270	98 845
<b>Leki i materiały nietrwałego użytku w mln zł</b>	<b>10 086</b>	<b>14 542</b>	<b>16 975</b>	<b>17 884</b>	<b>20 168</b>	<b>22 407</b>
% z ogółu wydatków na indywidualną opiekę zdrowotną	27,5	31,3	32,4	30,0	25,2	25,2
% z ogółu wydatków bieżących na ochronę zdrowia	25,3	29,5	31,0	28,8	24,2	24,3
% z ogółu wydatków na ochronę zdrowia	24,4	28,4	29,6	27,2	22,6	22,7

**Tabela I.** Wydatki na leki i materiały nietrwałego użytku dla pacjentów ambulatoryjnych w latach 1999–2010.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Głównego Urzędu Statystycznego (Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2005 r., Warszawa 2006; Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 r., Warszawa 2008; Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r., Warszawa 2010; Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r., Warszawa 2012 [14–17]).

niewo ponad 22,5%. Z notatki informacyjnej GUS dotyczącej NRZ za 2011 r. [1] wynika, że również w 2011 r. nie doszło w tym względzie do jakiejś znaczącej zmiany<sup>7</sup>.

Strukturę źródeł finansowania leków i materiałów nietrwałego użytku obrazują dane zebrane w **Tabeli II**. Nie sposób nie zauważyć, że zasadniczy ciężar spoczywa bezpośrednio na samych pacjentach, chociaż udział wydatków gospodarstw domowych w kategorii HC 5.1 zmniejszył się w 2010 w porównaniu z 1999 r. o prawie cztery punkty procentowe (odpowiednio 59,4 i 63,3%). Jednocześnie z 34,9 do 38,1% wzrósł udział funduszy zabezpieczenia społecznego, do 2003 r. kasy chorych, a następnie NFZ.

### 3. Wydatki na refundację leków w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w latach 1999–2012

#### 3.1. Wydatki całkowite na refundację leków

Choć udział powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w finansowaniu leków i materiałów nietrwałego użytku sprzedawanych polskim pacjentom ambulatoryjnej opieki zdrowotnej jest mniejszościowy, dla NFZ, a wcześniej kas chorych, wydatki refundacyjne stanowią spore obciążenie, co pokazują dane zebrane w **Tabeli III**. Po okresie trwającego do 2004 r. wzrostu udziału refundacji leków w wydatkach kas chorych, a następnie NFZ, kiedy to już co piąta złotówka (20,1%) przeznaczona na opiekę zdrowotną była kierowana do aptek, w wyniku reformy wpro-

wadzonej przez Mariusza Łapińskiego nastąpiło wyraźne odwrócenie trendu. W kolejnych latach udział ten obniżył się najpierw do 19,2% w 2005, a następnie aż do 14,8% w 2011 r. Wdrożenie ustawy refundacyjnej w 2012 r. spowodowało dalszy, wręcz dramatyczny spadek tego udziału do 11,2%<sup>8</sup>. W ciągu zaledwie 8 lat (2004–2012) udział wydatków na refundację leków w wydatkach całkowitych NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej zmniejszył się prawie o połowę. Beneficjentem takiego rozwoju sytuacji jest w pierwszej linii szpitalna opieka stacjonarna, której udział w budżecie NFZ wzrósł z 43,4% w 2004 oraz 46,1% w 2011 do 48% w 2012 r. Ale również ambulatoryjna opieka specjalistyczna zwiększyła swój udział z 6,7% w 2004 do 7,4% w 2011 oraz 8,2% w 2012 r. Podobnie podstawowa opieka zdrowotna (wzrost z 11,5% w 2004 do 12,3% w 2012 r.), choć w jej przypadku najwyższą wartość (14%) odnotowano w 2009 r.

Nominalnie w latach 1999–2011 wydatki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na refundację leków wzrosły dwa i pół razy. Jednak zdiagnozowane tapnięcie tychże wydatków w 2012 r. powoduje, że nominalna stopa wzrostu w okresie 1999–2012 wynosi jedynie 95%. Drastyczna redukcja wydatków NFZ na refundację leków w 2012 r. powoduje również, że realna stopa wzrostu wydatków na refundację leków w okresie 1999–2012 maleje do niecałych 16%, podczas gdy w okresie 1999–2011 zanotowano jeszcze wzrost realny na poziomie ponad 53% (**Tabela IV**).

Rok		Ogółem	Płatnicy									
			HF.1	HF.1.1	HF.1.2	HF.2	HF.2.1–HF.2.2	HF.2.3	HF.2.4	HF.2.5	HF.2.6	
			Instytucje rządowe i samorządowe	Instytucje rządowe i samorządowe z wyłączeniem funduszy zabezpieczenia społecznego	Fundusze zabezpieczenia społecznego	Sektor prywatny	Prywatne ubezpieczenia	Wydatki gospodarstw domowych	Instytucje niekomercyjne	Przedsiębiorstwa	Zagranica	
1999	w mln zł	10086	3531	7,3	3523	6556	–	6387	168	–	–	
	udział w %	100	35,0	0,1	34,9	65,0	–	63,3	1,7	–	–	
2002	w mln zł	14542	5577	85	5493	8965	64	8774	156	–	–	
	udział w %	100	38,4	0,6	37,8	61,6	0,4	60,1	1,1	–	–	
2004	w mln zł	16975	6196	849	6111	10779	67,9	10541	169	–	–	
	udział w %	100	36,5	0,5	36,0	63,5	0,4	62,1	1,0	–	–	
2006	w mln zł	17884	6904	206	6698	10980	74	10849	57	–	–	
	udział w %	100	38,6	1,2	37,5	61,4	0,4	60,7	0,3	–	–	
2008	w mln zł	20168	7722	349	7372	12447	97	12299	50	–	–	
	udział w %	100	38,3	1,7	36,6	61,7	0,5	61,0	0,2	–	–	
2010	w mln zł	22407	8970	414	8556	13737	114	13315	8	–	–	
	udział w %	100	40,0	1,9	38,1	60,0	0,5	59,4	0,1	–	–	

**Tabela II.** Wydatki na leki i materiały nietrwałego użytku w latach 1999–2010 według źródeł finansowania.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Głównego Urzędu Statystycznego (Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2005 r., Warszawa 2006; Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 r., Warszawa 2008; Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r., Warszawa 2010; Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r., Warszawa 2012 [14–17]).

Rodzaj świadczeń	1999	2000	2002	2004	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
POZ	3354,4	3136,2	3506,4	3507,6	3619,3	4674,6	5833,9	7386,0	7248,8	7334,7	7554,5
%	15,6	13,6	12,7	11,5	11,0	11,3	12,2	14,0	12,5	12,3	12,3
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	1753,0	1662,6	1966,7	2032,9	2341,6	3141,9	3940,4	4195,0	4122,0	4437,2	5046,4
%	8,2	7,4	7,1	6,7	7,1	7,6	8,2	8,0	7,1	7,4	8,2
Lecznictwo szpitalne*	10854,0	10767,5	12191,2	13241,2	14569,4	18623,1	20809,7	21702,1	26905,7	27552,1	29437,1
%	50,5	46,8	44,1	43,4	44,1	45,2	43,5	41,3	46,5	46,1	48,0
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień			776,8	1026,3	1081,2	1362,6	1677,9	1912,6	1932,7	2015,2	2158,6
%			2,8	3,4	3,3	3,3	3,5	3,6	3,3	3,4	3,5
Rehabilitacja lecznicza	95,1	95,4	446,6	814,6	914,7	1255	1561,3	1750,8	1734,2	1829,8	1997,1
%	0,4	0,4	1,6	2,7	2,8	3,0	3,3	3,3	3,0	3,1	3,3
Opieka długoterminowa**	94,9	171,1	405,5	466,8	515,9	702,3	912,0	1019,7	1149,2	1241,7	1352,2
%	0,4	0,7	1,5	1,5	1,6	1,7	1,9	1,9	2,0	2,1	2,2
Leczenie stomatologiczne	(w POZ)	826,5	1041,5	909,1	951,7	1255,1	1738,8	1847,4	1684,7	1710,3	1771,4
%		3,6	3,8	3,0	2,9	3,0	3,6	3,5	2,9	2,9	2,9
Lecznictwo uzdrowiskowe	312,6	319,3	378,1	324,2	340,4	375,3	475,4	636,5	536,6	561,1	584,1
%	1,5	1,4	1,4	1,1	1,0	0,9	1,0	1,2	0,9	0,9	1,0
Pomoc doraźna i transport sanitarny***	844,1	830,3	938,4	881,7	932,6	1170,3	1499,3	1756,5	1761,5	1794,7	1867,4
%	3,9	3,6	3,4	2,9	2,8	2,8	3,1	3,3	3,0	3,0	3,0
Profilaktyka			206,7	0	53,4	162,3	94,9	127,0	153,8	170,8	175,8
%			0,7	0,0	0,2	0,4	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie				771,7	872,0	1085,5	1156,0	1261,2	1358,6	1463,9	1564,2
%				2,5	2,6	2,6	2,4	2,4	2,3	2,4	2,6
Zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	177,0	240,5	340,4	386,4	452,0	540,3	577,0	587,5	589,9	623,8	668,2
%	0,8	1,1	1,2	1,3	1,4	1,3	1,2	1,1	1,0	1,0	1,1
<b>Refundacja leków</b>	<b>3523,3</b>	<b>4506,6</b>	<b>5465,4</b>	<b>6118,4</b>	<b>6323,3</b>	<b>6727,3</b>	<b>7367,0</b>	<b>8236,1</b>	<b>8545,5</b>	<b>8831,9</b>	<b>6863,1</b>
%	<b>16,4</b>	<b>19,6</b>	<b>19,8</b>	<b>20,1</b>	<b>19,2</b>	<b>16,3</b>	<b>15,4</b>	<b>15,7</b>	<b>14,8</b>	<b>14,8</b>	<b>11,2</b>
Koszty świadczeń udzielonych za granicą				6,2	36,2	150,9	154,6	175,8	179,9	240,2	277,7
%				0,0	0,1	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5
Wysokospecjalistyczne świadczenia diagnostyczne i lecznicze		270,3									
%		1,2									
Razem	21008,4	22556,0	27663,7	30487,1	33003,7	41226,5	47798,2	52594,2	57903,1	59807,4	61317,8
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

**Tabela III.** Wydatki kas chorych/NFZ na świadczenia zdrowotne w latach 1999–2012.

\* wraz z wydatkami na programy terapeutyczne i chemioterapie

\*\* świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej wraz ze świadczeniami opieki paliatywnej i hospicyjnej

\*\*\* wraz z ratownictwem medycznym (refundowanym ze środków budżetowych)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych sprawozdawczych kas chorych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia (Raport NFZ za 2004 r., Warszawa 2006; Raport NFZ za 2005 r., Warszawa 2006; Raport NFZ za 2006 r., Warszawa 2007; Raport NFZ za 2007 r., Warszawa 2008; Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2008 r., Warszawa 2009; Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2009 r., Warszawa 2010; Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2010 r., Warszawa 2011; Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r., Warszawa 2012; Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 r., Warszawa 2013 [18–26]).

W tym miejscu należy jednak przestrzec przed, być może, nieostrożną interpretacją zmian we wskaźnikach wydatków realnych. Do ich obliczenia posłużono się wskaźnikami zmian cen z działu zdrowie, które opisują średnią zmianę poziomu cen wszystkich usług i dóbr dostarczanych przez ochronę zdrowia. Tymczasem ceny poszczególnych dóbr i usług mogą się różnie rozwijać. I tak np. podany przez GUS wskaźnik cen z działu zdrowie dla 2012 r. wynosi 1,032, co oznacza, że w stosunku do 2011 w 2012 r. doszło do średniego wzrostu cen usług i dóbr medycznych o 3,2%. Tymczasem w podsumowaniu sytuacji na rynku aptecznym w 2012 r., opublikowanym w czasopiśmie „Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia” (OSOZ) [27], wskazano na prawie dwuprocentowy spadek średniej ceny opakowania sprzedawanych leków refundowanych z 27,55 zł w 2011 do 27,03 zł w 2012 r. Także w pozostałych latach badanego okresu wzrost cen leków refundowanych był niższy niż wskaźnik zmian cen z działu zdrowie. Należy zatem przyjąć, że realna stopa wzrostu wydatków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na leki refundowane jest jednak wyższa od obliczonej w **Tabeli IV**.

Porównując dane NFZ z szacunkami obrotów aptecznych OSOZ [27], można, zachowując w pamięci różnice metodologiczne obu rachunków, pokusić się o wstępną odpowiedź na pytanie, czy redukcja wydatków NFZ na refundację leków wymusiła wzrost wydatków prywatnych na leki na receptę. NFZ zredukował swoje wydatki na refundację leków w 2012 w stosunku do 2011 r. o 1,96 mld zł. OSOZ wskazuje natomiast na spadek obrotów aptecznych przy receptach refundowanych o 2,86 mld zł, gdyż również sami pacjenci zmniejszyli swoje wydatki na leki refundowane o 900 mln zł. O ile ten wynik nie zaskakuje, to zaskoczeniem jest rozwój sytuacji w zakresie pełnopłatnych dla pacjentów leków wydawanych na receptę. Wydawać by się mogło, że spadkowi sprzedaży leków refundowanych powinien towarzyszyć duży, kompensujący ograniczenie konsumpcji

leków refundowanych, wzrost sprzedaży leków pełnopłatnych wydawanych na receptę. Tymczasem wartość obrotów lekami pełnopłatnymi w 2012 r. wzrosła jedynie o 657 mln zł (z 5,225 mld zł w 2011 r. do 5,882 mld zł). Wzrost ten jest mniejszy nawet od redukcji wydatków bezpośrednich pacjentów na leki refundowane, a tym bardziej od redukcji całkowitych wydatków na ten rodzaj leków. W sumie zatem pacjenci polscy zapłacili w 2012 r. za leki przepisane na receptę o około 250 mln zł mniej niż rok wcześniej.

### 3.2. Struktura wydatków refundacyjnych

Polskie prawo przewiduje cztery rodzaje odpłatności przy lekach refundowanych. W przypadku części leków pacjenci przejmują 50 lub 30% limitu finansowania (tzw. ceny limitowej) oraz ewentualną różnicę między ceną apteczną konkretnego preparatu a tym limitem. Za część wnoszą opłatę ryczałtową, ustalaną corocznie na poziomie nie wyższym niż 0,5% minimalnego wynagrodzenia (obecnie 3,2 zł za opakowanie, także przy uwzględnieniu limitów finansowania). Niektóre zaś leki dla osób ubezpieczonych, a dodatkowo określone leki dla wybranych grup społecznych, przede wszystkim inwalidów wojennych i wojskowych oraz honorowych dawców krwi, przekazywane są bezpłatnie, a pełną refundację przejmuje NFZ. Strukturę wydatków na refundację leków według rodzaju odpłatności przedstawiono w **Tabeli V** i na **Wykresie 1**.

Na szczególną uwagę zasługuje znaczący wzrost udziału leków z odpłatnością ryczałtową w całkowitych kosztach refundacji z niecałych 50% w roku 2004 do prawie 65% w roku 2012. Wzrósł również udział leków, do których NFZ dopłaca 70% ceny limitowej, z 18,1% w roku 2004 do prawie 21% w roku 2012, aczkolwiek ten wynik w całości idzie na konto zmian, do jakich doszło w roku 2012. Systematycznemu obniżeniu ulega natomiast udział leków wydawanych pacjentom za 50-pro-

	1999	2000	2002	2004	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
mln zł	3523,3	4506,6	5465,4	6118,4	6323,3	6727,3	7367,0	8236,1	8545,5	8831,9	6863,1
Udział w wydatkach całkowitych	16,4	19,6	19,1	20,1	19,2	16,8	14,9	15,1	14,3	14,4	10,9
Stopa wzrostu 1999 = 100		127,91	155,12	173,66	179,47	190,94	209,09	233,76	242,54	250,67	194,79
Stopa wzrostu w cenach stałych 1999 = 100*		113,60	121,01	129,70	130,65	134,39	142,33	154,18	155,47	153,76	115,78

**Tabela IV.** Wydatki kas chorych/NFZ na refundację leków w latach 1999–2012.

\* Do policzenia wzrostu wydatków realnych zastosowano wskaźnik cen z działu zdrowie.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia (Raport NFZ za 2004 r., Warszawa 2006; Raport NFZ za 2005 r., Warszawa 2006; Raport NFZ za 2006 r., Warszawa 2007; Raport NFZ za 2007 r., Warszawa 2008; Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2008 r., Warszawa 2009; Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2009 r., Warszawa 2010; Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2010 r., Warszawa 2011; Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r., Warszawa 2012; Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 r., Warszawa 2013 [18–26]) oraz danych GUS o wskaźnikach cen.



centową odpłatnością (spadek z 17,7% w roku 2004 do 8,3% w roku 2012) oraz wydawanych bezpłatnie, z ponad 15% w roku 2004 do nieco ponad 6% w roku 2012. Ograniczenie wydatków na leki wydawane pacjentom bezpłatnie jest spowodowane przede wszystkim przez ograniczenie wydatków refundacyjnych dla inwalidów wojennych, w latach 2004–2011 o 209 mln zł (spadek o 43%, **Tabela VI**), a to jest uzasadnione dość szybkim tempem wymierania tej grupy społecznej. Natomiast zmniejszeniem się liczby inwalidów wojennych nie da się już wyjaśnić drastycznego spadku kosztów refundacji leków wydawanych pacjentom bezpłatnie rzędu 315 mln zł, do jakiego doszło w roku 2012 (w porównaniu z rokiem 2011 spadek o 43%).

Pomimo przeprowadzonej 10 lat temu wraz z utworzeniem NFZ centralizacji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce nadal obserwujemy znaczące

różnice regionalne (między oddziałami wojewódzkimi) zarówno w poziomie wyposażenia w środki finansowe, determinującego dostępność świadczeń, także leków, jak i w odniesieniu do polityki kontraktowania poszczególnych rodzajów świadczeń. Porównanie wydatków refundacyjnych poszczególnych oddziałów wojewódzkich w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego (**Tabela VII**) pozwala na sformułowanie kilku istotnych w tym względzie wniosków.

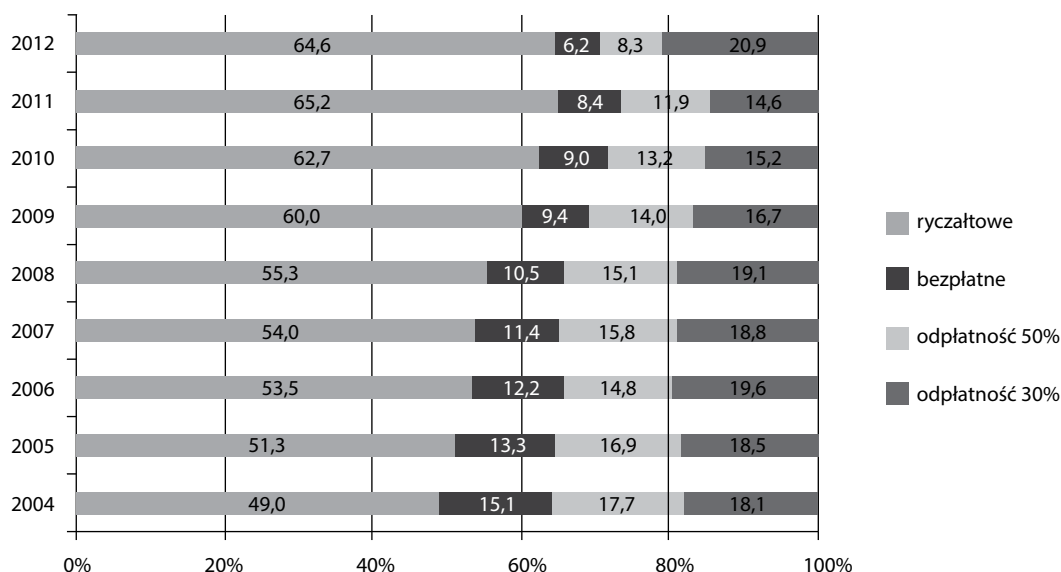
Udział poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ w całkowitych wydatkach na refundację leków w większości oddziałów pokrywa się odsetkiem ubezpieczonych mieszkańców kraju. Większe różnice (powyżej 0,3 punktu procentowego) są widoczne jedynie w przypadku trzech oddziałów; oddział wielkopolski ubezpiecza 8,76% wszystkich ubezpieczonych, jego udział w całkowitych kosztach refundacji leków wynosi

Rodzaj odpłatności	Rok	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ryczałt	mln zł	3000	3167	3562	3625	4067	4944	5347	5749	4434
	dynamika rok poprzedni = 1		1,06	1,12	1,02	1,12	1,22	1,08	1,08	0,779
	dynamika rok 2004 = 1		1,06	1,19	1,21	1,36	1,65	1,78	1,92	1,48
	udział w %	49,04	51,25	53,49	53,96	55,35	60,00	62,68	65,15	64,57
Bezpłatnie	mln zł	925	823	810	767	774	771	766	738	423
	dynamika rok poprzedni = 1		0,89	0,98	0,95	1,01	1,00	0,99	0,96	0,575
	dynamika rok 2004 = 1		0,89	0,88	0,83	0,84	0,83	0,83	0,80	0,46
	udział w %	15,12	13,32	12,16	11,42	10,53	9,36	8,98	8,36	6,16
50%	mln zł	1085	1047	983	1061	1106	1153	1122	1051	571
	dynamika rok poprzedni = 1		0,96	0,94	1,08	1,04	1,04	0,97	0,94	0,548
	dynamika rok 2004 = 1		0,96	0,91	0,98	1,02	1,06	1,03	0,97	0,53
	udział w %	17,73	16,94	14,76	15,79	15,05	13,99	13,15	11,91	8,32
30%	mln zł	1108	1142	1304	1265	1401	1372	1295	1286	1438
	dynamika rok poprzedni = 1		1,03	1,14	0,97	1,11	0,98	0,94	0,99	1,12
	dynamika rok 2004 = 1		1,03	1,18	1,14	1,26	1,24	1,17	1,16	1,30
	udział w %	18,11	18,48	19,58	18,83	19,07	16,65	15,18	14,57	20,95
Razem	mln zł	6118	6179	6659	6718	7348	8240	8530	8823	6867
	dynamika rok poprzedni = 1		1,01	1,08	1,01	1,09	1,12	1,04	1,03	0,78
	dynamika rok 2004 = 1		1,01	1,09	1,10	1,20	1,35	1,39	1,44	1,12
	udział w %	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Tabela V.** Wydatki NFZ na refundację leków w latach 2004–2012 według rodzaju odpłatności.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, (Raport NFZ za 2004 r., Warszawa 2006; Raport NFZ za 2005 r., Warszawa 2006; Raport NFZ za 2006 r., Warszawa 2007; Raport NFZ za 2007 r., Warszawa 2008; Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2008 r., Warszawa 2009; Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2009 r., Warszawa 2010; Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2010 r., Warszawa 2011; Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r., Warszawa 2012; Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 r., Warszawa 2013 [18–26]).





Wykres 1. Struktura wydatków NFZ na leki refundowane według rodzaju odpłatności.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Tabeli V.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
mln zł	487	379	349	324	320	311	297	278	b.d.

Tabela VI. Wydatki NFZ na refundację leków dla inwalidów wojennych w latach 2004–2012.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia (Raport NFZ za 2004 r., Warszawa 2006; Raport NFZ za 2005 r., Warszawa 2006; Raport NFZ za 2006 r., Warszawa 2007; Raport NFZ za 2007 r., Warszawa 2008; Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2008 r., Warszawa 2009; Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2009 r., Warszawa 2010; Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2010 r., Warszawa 2011; Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r., Warszawa 2012; Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 r., Warszawa 2013 [18–26]).

natomiast 9,06%. Dla oddziału mazowieckiego udziały te wynoszą odpowiednio 14,8% oraz 14,02%, a podkarpackiego 5,17% oraz 5,47%. Choć różnice te wydają się niewielkie, w rzeczywistości oznaczają bardzo duże zróżnicowanie wydatków w przeliczeniu na ubezpieczonego<sup>9</sup>. O ile w przeliczeniu na ubezpieczonego oddział podkarpacki wydał na refundację leków nieco ponad 175 zł, to oddziały mazowiecki i śląski już 215 zł (o 22% więcej), a łódzki i pomorski ponad 224 zł (28% więcej), przy średniej krajowej 208 zł. Znacznie poniżej średniej krajowej kształtują się natomiast wydatki oddziałów: lubuskiego (188,5 zł), warmińsko-mazurskiego (190,2 zł) oraz podlaskiego (184,7 zł). Oczywiście zdiagnozowane różnice przede wszystkim można uznać za rezultat dużego zróżnicowania w wyposażeniu poszczególnych oddziałów w środki finansowe. Z jednej strony mamy oddziały tradycyjnie słabo finansowane, takie jak oddział podkarpacki, opolski czy lubuski, z drugiej zaś oddziały bezwzględnie uprzywilejowane, w tym w szczególności mazowiecki. Ostatni z wymienionych, ubezpieczając 14,02% wszystkich ubezpieczonych, dysponował w 2012 r. 14,8% budżetu NFZ. Oddział podkarpacki ubezpiecza 5,47% wszystkich ubezpieczonych w NFZ,

ale dysponuje jedynie 5,17% budżetu NFZ. Ale także polityka kontraktowania świadczeń z zakresu leczenia ambulatoryjnego (w ramach którego przepisywana jest większość recept na leki refundowane) w poszczególnych oddziałach jest zróżnicowana. Wprawdzie refundacja leków aptekom odbywa się bez kontraktowania typowego dla świadczeń ambulatoryjnych, lecz poziom wydatków na leki refundowane zależy od liczby i rodzaju zaleconych przez świadczeniodawców kontraktowanych przez oddziały NFZ.

## Dyskusja

Refundacja leków to druga (w 2012 r. wyjątkowo trzecia), co do wysokości, po leczeniu szpitalnym pozycja w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia, a wcześniej również w budżetach kas chorych. Do 2011 r. średnio 15–20% środków pozostających w ich dyspozycji przeznaczano właśnie na refundację kosztów leków wydawanych ubezpieczonym pacjentom w aptekach otwartych. Poziom tych wydatków, szczególnie jednak ich, jak się wydaje, niewspółmierność do potrzeb, od lat jest przedmiotem debaty politycznej, krytycznych ana-

Oddział	Udział w kosztach refundacji leków (w %)	Odsetek ubezpieczonych (w %)	Wydatki na refundację leków na jednego ubezpieczonego (w zł)
Dolnośląski	7,38	7,62	215,9
Kujawsko-pomorski	5,44	5,45	214,7
Lubelski	5,77	5,60	195,4
Lubuski	2,58	2,60	188,5
Łódzki	6,74	6,76	224,2
Małopolski	8,58	8,35	210,2
Mazowiecki	14,02	14,80	215,1
Opolski	2,45	2,52	203,2
Podkarpacki	5,47	5,17	175,4
Podlaski	3,07	3,07	184,7
Pomorski	5,82	5,77	224,9
Śląski	12,26	12,16	215,3
Świętokrzyski	3,36	3,32	194,9
Warmińsko-mazurski	3,68	3,57	190,2
Wielkopolski	9,06	8,76	210,8
Zachodniopomorski	4,32	4,47	220,2
Razem	100,00	100,00	207,9

**Tabela VII.** Wydatki oddziałów wojewódzkich NFZ na refundację leków w 2012 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia (Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 r., Warszawa 2013 [26]).

liz naukowych oraz dyskusji toczonych w mass mediach. Wysokim wydatkom refundacyjnym towarzyszą bowiem bardzo wysokie, jak na Europę, dopłaty pacjentów do leków refundowanych. Dyskusja ta zaostrzyła się w ostatnim okresie za sprawą ustawy refundacyjnej wdrożonej z początkiem 2012 r. Jednym z jej pierwszych skutków było bowiem drastyczne ograniczenie wydatków na refundację leków o 23% w porównaniu z 2011 r. Wynik ten zaskoczył chyba również sam NFZ, który w planie finansowym na 2012 r. założył w sumie wydatki wyższe o 1,3 mld zł (o 19%). Wydaje się, że tak drastyczne zredukowanie wydatków refundacyjnych nie było ani intencją NFZ, ani też intencją ustawodawcy, który w art. 3 pkt 1 ustawy refundacyjnej zapisał: „Całkowity budżet na refundację wynosi nie więcej niż 17% sumy środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych w planie finansowym Funduszu”. Nie uchroniło to jednak NFZ przed zmasowaną krytyką polskich mass mediów, które oskarżyły fundusz o „oszczędzanie na polskich pacjentach” i narażanie ich na utratę zdrowia lub nawet życia. Wszyscy pamiętamy również konflikt NFZ i rządu ze środowiskami lekarskimi i aptekarskimi, które się nie zgadzały na sposób wdrożenia nowych regulacji i obciążenie ich dodatkowymi obowiązkami administracyjnymi. O ile konflikt ten został w międzyczasie w dużej części zażegnany, to oskarżenia o „oszczędzanie na pacjencie” pozostały. Czy jednak są one uzasadnione?

Oczywiście, redukcji wydatków refundacyjnych NFZ towarzyszy, niezależnie od obniżki cen, bardzo duży spadek konsumpcji tych leków. A zatem polskim pacjentom

rzeczywiście dostarczono mniej leków. Fakt ten nie dowodzi jednak, że NFZ „zaoszczędził na polskim pacjencie”. O oszczędzaniu można by mówić, gdyby niewydane na refundację leków środki NFZ przeznaczył na inne, niezwiązane z leczeniem cele. Tymczasem środki te, jak wiemy, zostały po prostu przesunięte na leczenie stacjonarne, ambulatoryjne, rehabilitację medyczną itp. Nie jest celem tego artykułu zbadanie, czy przesunięcia te zawsze były racjonalne. Faktem jest natomiast, że w obliczu stwierdzanego powszechnie chronicznego niedofinansowania polskiego sektora ochrony zdrowia różne jego części konkurują z sobą o bardzo ograniczone środki publiczne. Konkurencja ta nie ma jednak nic wspólnego z konkurencją rynkową, z reguły sprzyjającą poprawie efektywności. Podział środków publicznych jest dokonywany bowiem przez urzędników. Ten oczywiście również mógłby spełniać warunki racjonalności i efektywności, gdyby opierał się na konfrontacji rzeczywistych potrzeb zdrowotnych, oceny dostępnych technologii medycznych oraz posiadanych środków. W rzeczywistości jednak podział środków publicznych stanowi wynik eksploracji przeszłych wydatków z jednej strony oraz nacisku, a wręcz szantażu wywieranego przez poszczególne grupy interesów z drugiej. Między innymi z tego powodu od lat prawie połowa środków NFZ jest kierowana do stacjonarnej opieki szpitalnej, choć zgodnie z opinią ekspertów wiele, a nawet większość chorób z powodzeniem i taniej można by leczyć ambulatoryjnie. Natomiast z perspektywy szpitali wzrost nakładów na leczenie stacjonarne na pewno należy uznać za korzystny, także dla ich pacjentów. Bo chociaż udział wydatków na leczenie szpitalne

w budżecie NFZ wydaje się nieracjonalnie wysoki, to poziom tychże nakładów, w porównaniu z potrzebami, raczej nie jest satysfakcjonujący, niezależnie od dość częstych przypadków marnotrawienia tych i tak niewielkich środków w poszczególnych placówkach. I to właśnie zasada tzw. przykrótkiej koldry sprawia, że nie możemy oskarżać NFZ ogólnie o oszczędzanie na polskim pacjencie za sprawą ustawy refundacyjnej.

W rzeczywistości mogli stracić natomiast pacjenci potrzebujący przede wszystkim leków, szczególnie tych, które zniknęły z list refundacyjnych lub też dla których podniesiono poziom odpłatności pacjenta. Na uzyskanie odpowiedzi na pytania: czy do tego doszło, a jeśli tak, to w jakim stopniu – trzeba jeszcze poczekać, przynajmniej do opublikowania przez Główny Urząd Statystyczny oficjalnych wyników NRZ za 2012 r. [1]. Wtedy dowiemy się, czy ograniczenie wydatków NFZ na refundację leków wymusiło wzrost wydatków prywatnych na leki. Z pomiaru obrotów aptecznych prowadzonego systematycznie przez Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia wynika raczej, że taka substytucja nie miała miejsca [27]. Zmierzone przez OSOZ całkowite obroty na rynku aptecznym w 2012 r. zmalały bowiem o 6% (o 1,6 mld zł z 28,1 mld zł w 2011 r. do 26,5 mld zł). Wydatki NFZ na refundację leków spadły natomiast w 2012 r. o 1,96 mld zł. W sumie doszło zatem jedynie do bardzo niewielkiego wzrostu wydatków prywatnych zrealizowanych w aptekach otwartych, nawet mniejszego niż w latach wcześniejszych. Ponadto analizując zmiany wydatków na leki w Polsce pod kątem ewentualnego ograniczenia ich dostępności, zawsze musimy mieć na uwadze bardzo wysoki poziom konsumpcji leków, szczególnie antybiotyków i środków przeciwbólowych, w porównaniu z innymi krajami europejskimi.

## Podsumowanie

Nowoczesna farmakoterapia kosztuje. Od kilku lat obserwujemy jednak wyraźny spadek udziału kosztów refundacji leków w całkowitych wydatkach NFZ na świadczenia zdrowotne z ponad 20% w 2004 do 11,2% w 2012 r. Część tego spadku stanowi rezultat zmian wprowadzonych w 2012 r. wraz z wdrożeniem nowej ustawy refundacyjnej. Ale znaczenie wydatków refundacyjnych w budżecie NFZ malało również już wcześniej, choć sama kwota refundacji do 2011 r. systematycznie rosła.

Wydaje się, że skala osiągniętej redukcji wydatków na refundację leków rzędu dwóch miliardów złotych zaskoczyła sam NFZ. Dostępne szacunki obrotów aptecznych w 2012 r. przeczą natomiast podejrzeniom, że oszczędności NFZ na refundacji leków zmusiły pacjentów do wydania więcej pieniędzy na leki wydawane na receptę. Dopłaty pacjentów do leków refundowanych również zmalały, i to prawie o miliard złotych. Stanowiące w pewnym sensie substytut leków refundowanych pełnopłatne leki wydawane na receptę kosztowały polskich pacjentów natomiast tylko 650 mln zł więcej. W obliczu tych liczb nie może być mowy o przerzuceniu finansowych skutków oszczędności w NFZ generalnie na

pacjentów. Mogło natomiast dojść do ograniczenia konsumpcji leków, być może ze szkodą dla pacjentów potrzebujących konkretnych specyfików. Sprawdzenie tego nie było jednak celem przeprowadzonej wyżej analizy.

Zaprezentowane w artykule dane pokazują jeszcze jeden bardzo istotny, i – jak się wydaje – niedostrzegany w debacie publicznej trend. A mianowicie w ogóle wydatków refundacyjnych NFZ systematycznie rośnie udział wydatków na leki wydawane pacjentom za opłatą ryczałtową (z 49% w 2004 do prawie 65% w 2012 r.), a zatem te, przy których (poza wydawanymi bezpłatnie) współpłacenie pacjenta jest najniższe. Wzrósł także udział leków z niższym, bo tylko 30-procentowym (nie zaś 50-procentowym) udziałem pacjenta w ogólnych kosztach refundacji NFZ. Liczby te przeczą więc obiegowej opinii, jakoby NFZ systematycznie prowadził politykę przerzucania na polskich pacjentów coraz większej części kosztów leków refundowanych. Dane NFZ potwierdzają natomiast bardzo duże i trudne do uzasadnienia zróżnicowanie regionalne (pomiędzy oddziałami wojewódzkimi) w wydatkach refundacyjnych w przeliczeniu na ubezpieczonego (między najwyższymi i najniższymi wynosi ona 49 zł, tj. 28%). Tych różnic nie da się znacząco zmniejszyć, dopóki nie ograniczy się dyskryminacji poszczególnych oddziałów w wyposażeniu NFZ w środki finansowe, tj. dopóki tzw. biedne oddziały, takie jak podkarpacki, lubuski czy podlaski, będą dysponować znacząco mniejszymi środkami na świadczenia zdrowotne w przeliczeniu na mieszkańca niż np. uprzywilejowany oddział mazowiecki.

## Przypisy

<sup>1</sup> W wyniku redukcji wydatków NFZ na refundację leków po implementacji nowej ustawy refundacyjnej w 2012 r. o niespełna dwa miliardy złotych odsetek uległ z pewnością tylko niewielkiej redukcji. W 2012 r. w Polsce nie doszło bowiem do znaczącego wzrostu całkowitych wydatków na zdrowie, wzrosły natomiast wydatki prywatne na leki.

<sup>2</sup> W artykule zostaną pominięte kwestie odnoszące się do zadań państwa niezwiązanych bezpośrednio z formułowaniem list leków refundowanych i kształtowaniem ich cen, w szczególności obowiązków państwa w zakresie regulacji badań nad nowymi cząstkami, dopuszczania leków do obrotu oraz handlu równoległego [szczegółowo na ten temat m.in. 12, 28, 29, 30].

<sup>3</sup> Stąd przypisanie zdrowiu cech zarówno dobra publicznego, jak i prywatnego [np. 31–33].

<sup>4</sup> Jak latem 2013 r. donosiły niemieckie media, Instytut Oceny Jakości i Gospodarności w Ochronie Zdrowia (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG,) niemiecki odpowiednik Agencji Oceny Technologii Medycznych, na 48 zgłoszonych do refundacji sprawdzonych w ostatnich 2 latach medykamentów w przypadku 23 stwierdził brak jakichkolwiek dodatkowych korzyści dla pacjentów, w przypadku zaś trzech nawet mniejsze korzyści niż dostarczane przez już refundowane leki.

<sup>5</sup> W klasycznej literaturze odnoszony jest on do wykorzystania przez państwo różnych instrumentów do łagodzenia wahań koniunkturalnych [34].



<sup>6</sup> Kategoria HC 5.1 poza lekami obejmuje materiały nietrwałego użytku (np. materiały opatrunkowe) wydawane pacjentom ambulatoryjnym. Zasadnicza część wydatków w tej kategorii odnosi się jednak do leków – w 1999 r. stanowiły one np. 98,5% wszystkich wydatków ujętych w tej kategorii.

<sup>7</sup> We wspomnianej notatce GUS podaje, że udział całej kategorii HC 5 w wydatkach ogółem na zdrowie wynosi 25%. Obok leków i materiałów nietrwałego użytku (HC 5.1) kategoria HC 5 zawiera również wydatki na sprzęt terapeutyczny i dobra trwałego użytku (HC 5.2). Te ostatnie stanowiły średnio 10% wydatków kategorii HC 5.

<sup>8</sup> W swoich rocznych sprawozdaniach z działalności NFZ podaje nieco inne udziały poszczególnych rodzajów świadczeń w kosztach całkowitych świadczeń opieki zdrowotnej, niż obliczone w Tabeli III. Na przykład w sprawozdaniu z działalności za 2012 r. NFZ wykazuje 11,46-procentowy udział wydatków na refundację leków w kosztach zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej, gdy w Tabeli III udział ten wynosi 11,2%. Różnica wynika w głównej mierze z odmiennego potraktowania w sprawozdawczości NFZ wydatków na ratownictwo medyczne. Wydatki te z racji ich refundacji przez budżet państwa NFZ nie wlicza do swoich wydatków na świadczenia zdrowotne, choć to on zawierał kontrakty w tym zakresie. Chcąc zachować logiczną ciągłość przedstawianych danych – do 2007 r., wydatki na ratownictwo medyczne finansowane były bezpośrednio przez NFZ, a wcześniej kas chorych, w Tabeli III wliczono je do wydatków za świadczenia opieki zdrowotnej także po 2007 r.

<sup>9</sup> Zgodnie z liczbą zgłoszonych do Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

## Piśmiennictwo

- GUS (Główny Urząd Statystyczny), *Narodowy Rachunek Zdrowia za 2011 r.*, Warszawa 2013; [http://www.stat.gov.pl/gus/5840\\_4459\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/5840_4459_PLK_HTML.htm); dostęp: 14.12.2013.
- Bundesministerium für Gesundheit, *Daten des Gesundheitswesens 2013*, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin 2013.
- Malawski M., Wieczorek A., Sosnowska H., *Konkurencja i kooperacja. Teoria gier w ekonomii i naukach społecznych*, Wyd. 2, PWN, Warszawa 2004.
- Bochenek T., Kozierkiewicz A., *Ceny i refundacja leków*, Wydawnictwo Wspólny Rynek Medyczny, Poznań 2009.
- Kanavos P., *Pharmaceutical Policies and Proposals for Pharmaceutical Sector Reform in Poland*, niepublikowany manuskrypt konferencji „Projekt reformy ochrony zdrowia w Polsce”, Warszawa, 12.07.2005, Fundacja Naukowa CASE, Warszawa 2005.
- Golinowska S., Włodarczyk C., Kocot E., Kowalska I., Sowa A., Grabowski J., Kanavos P., Kozierkiewicz A., Ponińko W., Sowada C., Cylwik A., *Projekt reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce, Część I – Analiza*, CASE-Doradcy Sp. z o.o., Warszawa 2005.
- Sowada C., *Łączenie solidaryzmu z wolnością w ubezpieczeniach zdrowotnych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2013.
- Acocella N., *Zasady polityki gospodarczej*, PWN, Warszawa 2002.
- Transparency International, *Global Corruption Report 2006, Corruption and Health*, Pluto Press, London–Ann Arbor 2006.
- Anello E., *A Framework for Good Governance in the Public Pharmaceutical Sector*, World Health Organization, Department of Essential Medicines and Pharmaceutical Policies, Geneva 2008.
- Frank R., *Mikroekonomia jakiej jeszcze nie było*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
- Breyer F., Zweifel P., Kifmann M., *Gesundheitsökonomie*, Wyd. 4, Springer, Berlin i in. 2002.
- Jacobzone S., *Pharmaceutical policies in OECD countries: reconciling social and industrial goals*, Labour Market and Social Policy Occasional Papers, no 40, OECD, Paris 2000.
- GUS (Główny Urząd Statystyczny), *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2005 r.*, Warszawa 2006.
- GUS (Główny Urząd Statystyczny), *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 r.*, Warszawa 2008.
- GUS (Główny Urząd Statystyczny) *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.*, Warszawa 2010.
- GUS (Główny Urząd Statystyczny), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, Warszawa 2012.
- NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia), *Raport NFZ za 2004 r.*, Warszawa 2006.
- NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia), *Raport NFZ za 2005 r.*, Warszawa 2006.
- NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia), *Raport NFZ za 2006 r.*, Warszawa 2007.
- NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia), *Raport NFZ za 2007 r.*, Warszawa 2008.
- NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia), *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2008 r.*, Warszawa 2009.
- NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia), *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2009 r.*, Warszawa 2010.
- NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia), *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2010 r.*, Warszawa 2011.
- NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia), *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r.*, Warszawa 2012.
- NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia), *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 r.*, Warszawa 2013.
- Stopa Ł., *Podsumowanie roku 2012*, OSOZ 2013; 1: 52–57.
- Albring M., Wille E. (red.), *Innovationen in der Arzneimitteltherapie*, Peter Lang, Frankfurt nad Menem 1997.
- Wagner S., *Europäisches Zulassungssystem für Arzneimittel und Parallelhandel*, Deutscher Apotheker Verlag, Stuttgart 2000.
- Folland S., Goodman A., Stano M., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Callahan D., *What Kind of Life: The Limits of Medical Progress*, Simon and Schuster, New York i in. 1990.
- Golinowska S., *Polityka społeczna państwa w gospodarce rynkowej*, PWN, Warszawa 1994.
- Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, CeDeWe, Warszawa 2004.
- Petersen H.-G., *Finanzwissenschaft I*, Kohlhammer, Auf. 3, Stuttgart i in. 1993.