

III Konferencja Farmaceutyczna Rynku Zdrowia, czyli między zamieszaniem wokół niestandardowych terapii onkologicznych a nową listą refundacyjną

# WSZYSCY MÓWIĄ O PRZEJRZYSTOŚCI



III Konferencja Farmaceutyczna Rynku Zdrowia – Leki w Polsce – zgromadziła ponad 500 osób

FOT. PIOTR WANIOREK

**P**onad 500 osób wzięło udział w trzeciej już edycji Konferencji Farmaceutycznej Rynku Zdrowia – Leki w Polsce – zorganizowanej przez redakcję i wydawcę naszego miesięcznika (Warszawa, 16 kwietnia br.). Obrady, oprócz – tradycyjnie „gorące” – tematyki związanej z zasadami refundacji i cenami leków, zdominowała kwestia roli Agencji Oceny

Technologii Medycznych. W konferencji uczestniczyło aż 27 prelegentów, wśród nich m.in. przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, NFZ, Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, parlamentarzyści, wybitni klinicyści, liderzy przemysłu farmaceutycznego w Polsce.

Niewątpliwie wpływ na duże zainteresowanie działaniami Agencji miała niedawna decyzja NFZ, ograniczająca

finansowanie niestandardowej chemioterapii. Prezes Funduszu Jacek Paszkiewicz uznał, że o tym, czy dana substancja będzie finansowana, decydować będzie wyłącznie AOTM. Tymczasem 16 kwietnia, właśnie w dniu naszej konferencji, minister zdrowia Ewa Kopacz uchyliła zarządzenie szefa NFZ...

– AOTM została powołana zarządzeniem ministra zdrowia i wszystkie oceny

Sponsorzy:



Partnerzy:



powinny być kierowane do niego – mówił podczas konferencji Marek Twardowski, wiceminister zdrowia. – Tylko minister może zwrócić się do Agencji o ocenę leku. To nie Agencja podejmuje decyzje, a jedynie udziela rekomendacji, opiniuje pozytywnie lub negatywnie. Minister nie może uchylać się od podjęcia ostatecznej decyzji, bowiem to on bierze odpowiedzialność za politykę zdrowotną.

Minister Twardowski zapowiedział ponadto, iż do końca tego roku zostaną nadrobione wszystkie zaległości resortu dotyczące rozpatrzenia wniosków refundacyjnych. Także w tym roku zostanie implementowana dyrektywa transparentności.

Pytaliśmy uczestników dyskusji o model funkcjonowania AOTM m.in. w kontekście mizerii finansowej Agencji w porównaniu z podobnymi instytucjami w innych krajach. Np. stan zatrudnienia takich agend w Wielkiej Brytanii i Francji jest 10-krotnie wyższy... Chcieliśmy dowiedzieć się od decydentów, kiedy nasza Agencja będzie miała szansę stać się tak silna, jak np. brytyjska NICE?

Norbert Wilk, zastępca dyrektora ds. analiz AOTM: – Nie należy się spodziewać, że w krótkim czasie i przy tej bazie ekspertów, jaką dysponujemy w zakresie przygotowania rekomendacji, osiągniemy stan zatrudnienia podobny do NICE. Warto więc nieco poskromić oczekiwania. Uważam jednak, iż rekomendacje, które przygotowane są tymi skromnymi siłami analitycznymi, są naprawdę wysokiej jakości. Nie spodziewam się, aby którakolwiek z tych rekomendacji mogła zostać podważona właśnie w zakresie analitycznym, czyli w zakresie wysuniętych przez nas wątpliwości wobec dowodów naukowych i przyjętych – jako istotne – przez Radę Konsultacyjną AOTM.

Prof. Jacek Splawiński z Narodowego Instytutu Leków: – Z niepokojem wysłuchałem tego, że AOTM ma zajmować się wyłącznie skutecznością leków, od tego jest bowiem Urząd Rejestracji. Jeśli Agencja ma nadal istnieć, powinna – wzorem innych tego rodzaju instytucji w Europie – zajmować się także analizą farmakoekonomiczną.

– AOTM, jeśli ma właściwie spełniać swoje zadanie, musi być odpowiednio usytuowana prawnie. Agencja nie może być jednostką pomocniczą ministra zdro-



▲ Artur Fałek, dyrektor departamentu polityki lekowej i farmacji Ministerstwa Zdrowia



▲ Marek Twardowski, wiceminister zdrowia

wniosku refundacyjnego jest prawem wnioskodawcy.

– Dążenie ministerstwa do dotrzymania tego terminu jest wyjściem w kierunku oczekiwań podmiotów działających na tym rynku. Myślę, że osiągnęliśmy tu pełne porozumienie. Terminy są jasno wskazane w dyrektywie UE i już zostały przełożone do polskiego porządku prawnego za sprawą ostatecznej, sierpniowej nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zatem trudno się w tej materii spierać – stwierdził dyrektor Fałek.

– Mam nadzieję, że wszyscy zainteresowani rozumieją, że nie jest łatwo przestawić całą procedurę i nagle – z całej góry zaległych wniosków odkładanych od 2000 roku – wyjść na prostą z owymi terminami. Stąd niewielki poślizg najnowszej listy refundacyjnej (ma być opublikowana pod koniec kwietnia – red.). Wierzę, że następne listy nie będą miały takich opóźnień i we wrześniu powinniśmy wydać wykazy refundacyjne już w zgodzie z terminem, zaległości zostaną rozpatrzone i będziemy już pracować na bieżąco – dodał Artur Fałek i przypomniał, że resort rozwiązał problem rozpatrzenia 374 zaległych wniosków cenowych, co do których nie było zmian w sierpniowej nowelizacji ustawy o świadczeniach.

### Dialog refundacyjny

Mówiąc o dialogu z przemysłem farmaceutycznym, Artur Fałek zaznaczył, iż należy zrozumieć, że pracując nad zmianami systemowymi, ministerstwo ma ograniczone możliwości dotyczące czasu spotkań z podmiotami. Stąd zaproponowana przez ministra Twardowskiego

## ▲ Marek Twardowski: – Tylko minister może zwrócić się do AOTM o ocenę leku. Agencja nie podejmuje decyzji, a jedynie udziela rekomendacji.

wia, czyli znajdującą się faktycznie poza systemem prawnym – uważa poseł Marek Balicki (SdPi), zastępca przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia.

### Terminy, terminy...

Artur Fałek, dyrektor departamentu polityki lekowej i farmacji w Ministerstwie Zdrowia, przyznał, że termin rozpatrzenia

formuła spotkań krótkich, bo półgodzinnych, ale za to regularnych.

– Sądzę, że nie macie państwo kłopotów z ustalaniem terminów spotkań z ministrem Twardowskim oraz pracownikami departamentu polityki lekowej – mówił dyrektor Fałek do przedstawicieli branży farmaceutycznej. – Ministerstwo otwarło się także na współpracę i zaprasza ▶



▲ Elżbieta Wojtasik, wiceprezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

► wszystkie zainteresowane strony do warsztatowych dyskusji na etapie jeszcze przed powstaniem ostatecznego projektu przyszłego prawa określającego procedury i kryteria decyzji refundacyjnych.

Prof. Jacek Splawiński: – Naiwnością jest myślenie, że wszystkie leki mogą być jednakowo refundowane. Wytwarzane są m.in. coraz lepsze terapie onkologiczne i leki, które jednak nie zawsze są skuteczne dla wszystkich pacjentów onkologicznych. Z tego między innymi powodu na świecie wymyślono dwa lata temu tzw. warunkową refundację.

## ► Prof. Jacek Splawiński: – Z niepokojem wysłuchałem tego, że AOTM ma zajmować się wyłącznie skutecznością leków, pomijając aspekt ekonomiczny.

– Koncepcja ta jednak w Europie upadła, gdyż po pewnym czasie stosowania określonych leków trzeba powtórnie stworzyć sztab ludzi i opracować całe systemy ponownej oceny tych leków. To poważne wyzwanie, z którym nie tylko w naszym kraju trzeba się zmierzyć, aby chorzy rzeczywiście potrzebujący drogich, nowoczesnych terapii mieli do nich dostęp – stwierdził profesor.

### Opinie producentów

Paweł Sztwiertnia, dyrektor Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm



▲ Poseł Marek Balicki, zastępca przewodniczącego sejmowej komisji zdrowia

Farmaceutycznych Infarma, omówił najważniejsze założenia zmian w przepisach refundacyjnych projektu opracowanego przez Związek. Dyrektor Sztwiertnia zaznaczył, że jest to przede wszystkim projekt proceduralny, implementujący dyrektywę przejrzystości i w tym obszarze Infarma zgadza się z deklaracjami Ministerstwa Zdrowia.

– Od dwóch lat jestem w Polsce i muszę przyznać, że nie jest to najłatwiejszy rynek. Wcześniej pracowałem m.in. we Francji, Grecji, Kanadzie, Włoszech – mówił Jean Bonnet, dyrektor generalny

Boehringer Ingelheim. – Obserwujemy jednak w Polsce tendencję do usprawniania procesu dialogu instytucji państwa z przemysłem, choć w tej dziedzinie jest jeszcze sporo do zrobienia.

– Wprowadzenie nowych molekuł na listy refundacyjne było bardzo ważnym krokiem, bo pacjenci zyskali szansę na nowe terapie, a przemysł odtwórczy możliwość wprowadzenia swoich leków w tym segmencie – przyznał Michał Nitka, wiceprezes Plivy Kraków. – Rolą AOTM powinno być rekomendowanie wprowadzenia danego leku po raz pierwszy na



▲ Norbert Wilk, zastępca dyrektora ds. analiz Agencji Oceny Technologii Medycznych

listę refundacyjną. Ale tym kryterium nie powinna być innowacyjność preparatu, tylko jego skuteczność terapeutyczna i farmakoekonomiczna. Drugą grupą leków wprowadzanych na listę są preparaty odtwórcze. Potrzebujemy jasnego kryterium dotyczącego cen tych leków w odniesieniu do cen leków innowacyjnych oraz jak te ceny mają się kształtować przy wejściu następnych preparatów.

### Zdaniem polityków...

Obecni na konferencji opozycyjni posłowie z sejmowej Komisji Zdrowia dość chętnie recenzowali poczynania obecnych decydentów polityki lekowej.

– Czas, który narzucił Trybunał Konstytucyjny na wejście w życie nowych przepisów dotyczących funkcjonowania publicznego systemu spowodował, że niemożliwe było w ciągu kilku miesięcy stworzenie nowych regulacji refundacyjnych, w pełni zgodnych z dyrektywą przejrzystości – tłumaczył poseł Marek Balicki. – Czyli ustawa weszła w życie, a w międzyczasie została przygotowana jej nowelizacja skierowana do parlamentu w 2005 roku i po kolejnych zmianach weszła w życie we wrześniu ubiegłego roku.

Marek Balicki przyznał zarazem, że wdrożone przepisy – choć są wystarczające – powinny być konsekwentnie przestrzegane, m.in. w odniesieniu do wprowadzonej zasady kwartalnej aktualizacji listy refundacyjnej, aby przynajmniej ten element dyrektywy był stosowany:



▲ Jean Bonnet, dyrektor generalny Boehringer Ingelheim Sp. z o.o.

– Niedobrze się więc stało, że już na samym początku nastąpił poślizg.

Poseł Bolesław Piecha (PiS), przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia: – Po wysłuchaniu pana ministra Twardowskiego jestem trochę zdezorientowany. Za to, czy lek jest bezpieczny i skuteczny, odpowiada Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, a nie AOTM. Bulwersuje mnie też fakt, że ta Agencja wypowiada się na tematy, na które wypowiadać się powinno Ministerstwo Zdrowia.

### ...i środowiska medycznego

Podczas konferencji nie zabrakło opinii przedstawicieli środowiska medycznego, szczególnie w kwestii oczekiwań klinicystów wobec instytucji odpowiadających za finansowanie i organizację opieki zdrowotnej.

– Wykonując swój zawód, potrzebuję czterech rzeczy: warsztatu pracy, środków finansowych, personelu, a także skutecznych terapeutycznie metod i leków – wyliczał prof. Krzysztof Simon, prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. – Dlatego nie wiem, czy warto nadal utrzymywać usługi zdrowotne w szpitalach mających 100 czy 200 lat, gdzie pacjent nabywa infekcje pamiętające czasy Augusta von Wassermana...

Profesor Simon podkreślał, że jedną z metod podniesienia publicznych nakładów na drogie, nowoczesne farmakoterapie jest wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych,



▲ Wojciech Kuźmierkiewicz, wiceprezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego

umożliwiających pacjentom m.in. dostęp do drogich leków.

Prof. Bolesław Samoliński, kierownik Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego: – Refundacja leków jest efektem końcowym walki interesów różnych grup, czyli – pacjentów mających w tej materii najmniej do powiedzenia, lekarzy, firm farmaceutycznych, płatnika świadczeń i administracji centralnej. Istotą przejrzystości w polityce lekowej jest czytelność kryteriów branych pod uwagę m.in. przy decyzjach refundacyjnych.



▲ Michał Nitka, wiceprezes Plivy Kraków – Zakłady Farmaceutyczne SA

konkretnego leku, w konkretnej dawce, ale by były to programy wysokospecjalistyczne, definiujące sposoby postępowania w poszczególnych fazach choroby.

O tym, jak racjonalnie finansować leki w leczeniu przedszpitalnym – na przykładzie zawału serca – mówił prof. Robert Gil, kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej CSK MSWiA.

### Wyższe współpłacenie

Zdaniem ministra Marka Twardowskiego, mitem jest, że leki są niewspółmiernie drogie wobec cen leków w innych krajach,

## ► Prof. Krzysztof Warzocha: – Obecny sposób finansowania części leków onkologicznych stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów.

Niestety, tej przejrzystości w odniesieniu do niektórych terapii brakuje.

– Obecny sposób finansowania części leków onkologicznych stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów – ostrzegł prof. Krzysztof Warzocha, dyrektor Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie. – Jako lekarze leczący osoby cierpiące na nowotwory nie mamy żadnych możliwości pozyskania tych preparatów. Pewnym rozwiązaniem jest stworzenie programów terapeutycznych. Być może jednak warto zastanowić się nad tym, aby te programy nie były adresowane do

o czym świadczą chociażby dane OECD. – Różnice cenowe zawsze będą, stąd wyjazdy naszych obywateli do sąsiednich państw czy drobne migracje graniczne po tańsze leki – mówił Marek Twardowski.

Inną kwestią jest nadmierna konsumpcja leków: – Jeżeli weźmiemy pod uwagę liczbę opakowań zużytych leków na pacjenta, to ustępujemy tylko Francuzom – stwierdził Tomasz Hermanowski, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoeconomicznego. – Co oznacza, że nadal występuje zjawisko nadużywania leków. ►



▲ Paweł Sztwiertnia, dyrektor Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych Infarma

► Rozwiązaniem tego problemu mogłoby być wprowadzenie kategorii leków specjalistycznych, która funkcjonuje w krajach znacznie bogatszych niż Polska. – Leki specjalistyczne w Niemczech stanowią tylko 2-3% wystawionych recept. Ale wartościowo to jest aż 22% wartości rynku leków niemieckich, które są refundowane. W tej grupie są np. heparyny drobnocząsteczkowe, najdroższe leki przeciwzakrzepowe, które u nas może zapisać każdy lekarz – argumentuje docent Zbigniew Kotula, były członek grupy ekspertów przy Ministerstwie Zdrowia.

Z danych przedstawionych przez prezesa Piotra Kulę z PharmaExpert wynika, że w 2007 r. nastąpił spadek wydatków refundacyjnych państwa, a zarazem wzrost wydatków pacjenta. W segmencie leków refundowanych współpłacenie wyniosło 36%, czyli o 1,5% więcej niż w 2006 r.

### Kreowanie cen

Podobnie jak w przypadku systemu refundacji, także w mechanizmie kreowania cen nadal nie jest jasno określona rola AOTM. Do tej pory negocjacje cenowe prowadzone przez zespół ds. gospodarki lekami przy ministrze zdrowia odbywały się na podstawie umownych kryteriów, które – jak zauważył poseł Bolesław Piecha – podlegają dużej możliwości interpretacyjnej: – Jeśli chodzi o ceny leków innowacyjnych, zasadą było nieprzekroczenie średniej cen z pięciu krajów o zbliżonych do Polski docho-



▲ Prof. Krzysztof Simon, prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych

dach. Po drugie – cena wprowadzenia pierwszego generyku powinna być mniejsza niż minimum 25%. Trzecie kryterium – cena kolejnego generyku wchodzącego na listę nie powinna być wyższa niż najtańsza propozycja na liście – przypomniał poseł Piecha.

Jak podkreślają sami uczestnicy zespołu negocjacyjnego, proces wymaga sformalizowania. – Chcemy, by sposób negocjowania i kompetencje osób określała ustawa – potwierdził Artur Fałek.

Niezależna i rzetelna Agencja mogłaby wykonywać ocenę technologii medycznej, również kosztową, braną pod uwagę w procesie refundacji i ustalania cen. Tymczasem w poprzednich latach resort korzystał przy podejmowaniu de-



▲ Jan Szelejewski, prezes Vipfarm SA

na podstawie rekomendacji Rady NFZ przystępuje do negocjacji z podmiotem odpowiedzialnym. – Oczekujemy na nową ofertę cenową dla technologii, która kandyduje do programów lub wykazu substancji czynnych stosowanych w chemioterapii – dodał dyrektor Zysk.

### Stosujmy podział ryzyka

Wokół umieszczania leków na listach refundacyjnych i sposobu negocjacji cen wybuchły co jakiś czas skandale, a jednym z powodów był brak jasnych kryteriów wymaganych przez dyrektywę transparentności.

O ile rynek leków generycznych jest dość prosto skonstruowany i ministerstwo niewiele musi robić, bo sami producenci

## ► Michał Nitka: – Potrzebujemy jasnego kryterium dotyczącego cen tych leków odtwórczych.

czyli cenowych z rekomendacji, których wykonanie zlecał... firmie prywatnej.

– Do rekomendacji AOTM odwołujemy się w odniesieniu do technologii, które kandydują do programów terapeutycznych – wyjaśnia Rafał Zysk, dyrektor departamentu gospodarki lekami NFZ. – Jeśli rekomendacja jest negatywna, program zostaje zakończony.

Rada Konsultacyjna AOTM odnosi się również do efektywności kosztowej danej technologii. Jeżeli lek jest efektywny klinicznie, a nieefektywny kosztowo, wtedy

ścigają się w obniżaniu cen, to wprowadzanie do systemu nowych, drogich leków innowacyjnych jest dużo bardziej skomplikowane. Norbert Wilk z AOTM przypomniał strategię value based pricing, czyli ustalanie cen w oparciu o wartość terapeutyczną leku, ku której skłaniają się kolejne państwa. Wypracowują elastyczne rozwiązania, które są w stanie chronić interes publiczny i interes pozostałych uczestników rynku.

– Do negocjacji można użyć nowoczesne rozwiązania, jak volume



▲ **Prof. Krzysztof Warzocha,**  
dyrektor Instytutu Hematologii  
i Transfuzjologii w Warszawie

price agreement, podział ryzyka, cost sharing development agreement czy refundacja warunkowa, która pozwala na jej odebranie albo stanowi podstawę do obniżenia cen leku – przypomniał Krzysztof Łanda, prezes HTA Audit. (O systemie VBP i innych schematach podziału ryzyka pisaliśmy już na łamach RZ w numerze 3 i 4/2008).

Jednak zdaniem Łandy, etap negocjacji cen z producentem powinien zostać poprzedzony wydaniem oceny technologii medycznej przez AOTM i rekomendacji wydanej przez agencję ds. cen: – Jeżeli głównym kryterium refundacji jest stosunek kosztu do efektu, który dany lek przynosi, to firma dobrze się zastanowi, jaką cenę umieści w analizie opłacalności, by korzystnie pozycjonować się wobec konkurencji – zaznaczył Łanda.

### Propozycje branży

Zdaniem przedstawicieli przemysłu generycznego, dla producentów najistotniejszą sprawą jest określenie kryteriów limitów refundacji, bo to oznacza być albo nie być danej firmy na rynku z danym produktem. – Toczą się dyskusje, na jakiej podstawie określać limit w danej cząsteczce czy w danych grupach limitowych. Na początku był zachwyt firm generycznych, że kto da niższą cenę, zdobędzie rynek – wspomina Jan Szelejewski, prezes firmy Vipfarm. – Po trzech latach walki konkurencyjnej niektóre firmy, ze względu na niskie ceny, muszą zrezygnować z produkcji i składać wnioski o wykreślenie swoich leków z list refundacyjnych.

Inaczej na kwestie cenowe patrzą producenci leków innowacyjnych: – Jedyne, co może zrobić firma farmaceutyczna, to negocjować z płatnikiem czy ministerstwem cenę netto – twierdzi Wojciech Gryta, dyrektor ds. polityki zdrowotnej Boehringer Ingelheim. A ta cena, zdaniem dyrektora Gryty, może być negocjowana w określonych granicach. Polska jako członek UE tworzy wspólny rynek, który wymusza pewną unifikację cen. – Różnice cenowe między Polską i Szwajcarią potrafią być kilkakrotne, ale na poziomie producenta nie są już tak duże i wynikają z różnych systemów marż – twierdzi dyrektor Gryta.

Propozycją firm innowacyjnych jest określanie cen leków w oparciu o koszyk cen z państw o zbliżonych do

racym zwolnieniami sztywnych cen urzędowych. System cen maksymalnych, który umożliwiał obniżanie cen tylko dla wybranych aptek, był elementem gry rynkowej między aptekami indywidualnymi i sieciowymi. Rabaty, które otrzymuje apteka indywidualna, są stosunkowo niższe niż te, które otrzymują podmioty sieciowe. To może doprowadzić do monopolizacji rynku przez sieci.

### Kosztowny proces

– Po 31 grudnia 2008 roku w obrocie pozostaną tylko te produkty lecznicze, których dokumentacja została zharmonizowana – przypomniała Elżbieta Wojtasik, wiceprezes URPL, podając, że na 6731 złożonych przez podmioty odpowiedzialne wniosków w trzech grupach leków (syn-

## ► Był czas, kiedy przy podejmowaniu decyzji cenowych resort korzystał z rekomendacji, których wykonanie zlecał... firmie prywatnej

Polski dochodach. Cena może być modyfikowana co rok albo co dwa lata i nie byłoby potrzeby powoływania kolejnych zespołów, które musiałyby negocjować cenę. Dzięki temu modelowi płatnik miałby jedno z najniższych cen w Europie. Określanie cen refundacyjnych pułapem cen europejskich z krajów, z którymi zwykle się porównujemy, jest też sposobem na ograniczenie rosnących dopłat do refundacji pacjentów.

### Marże dzielą środowisko

Różnice zdań pojawiły się w kwestii obrotu hurtowego i ustalenia stałych cen na leki. Ich zdecydowanym przeciwnikiem jest doc. Kotula. Jego zdaniem, najwięcej na stałych cenach traci pacjent, który nie ma możliwości zakupu tańszych leków. Najwięcej zyskują hurtownicy.

Podobnego zdania jest prezes Jan Szelejewski: – System sztywnych marż wprowadzony na Słowacji nie jest dobry dla pacjenta. Chory przyzwyczajony do określonej marki leku czy nazwy traci możliwość otrzymania leku, gdy dystrybutor nie ma możliwości zastosowania obniżki cenowej, np. w postaci rabatu.

Zupełnie inaczej postrzega problem prezes Naczelnej Izby Aptekarskiej Grzegorz Kucharewicz: – Jestem go-

tetyczne, roślinne i weterynaryjne) wobec 1351 z nich zakończono postępowanie. Dotąd firmy nie złożyły prawie 2 tys. wniosków, wśród których 37% dotyczy leków refundowanych.

To dało podstawy do obaw, czy nie zabraknie niektórych leków. – Byliśmy wymieniani wśród firm, których produkty mogą zniknąć z rynku. Chcemy zapewnić, że poczyniliśmy starania, by do takiej sytuacji nie doszło. Złożyliśmy dokumentację harmonizacyjną już pod koniec 2007 roku – wyjaśnia wątpliwości Katarzyna Pięta-Grzyb z Boehringer Ingelheim.

Harmonizacja to proces długotrwały i kosztowny, więc decyzja, które z leków firma pozostawi na rynku, wynika z rachunku ekonomicznego.

Wojciech Kuźmierkiewicz, wiceprezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, przypomina, że PZPPF dwukrotnie zwracał się do resortu zdrowia, by ten dokonał oceny asortymentu i wskazał na leki, wobec których zachodzi obawa, że ich dokumentacja nie zostanie zharmonizowana, a są ważne z punktu widzenia terapeutycznego i ekonomicznego dla systemu refundacji. Jednak do tej pory ministerstwo nie udzieliło odpowiedzi.

**LUIZA JAKUBIAK  
WOJCIECH KUTA**