

Vol 18 Nr 1 2010

ISSN 1230-8730

# APTEKARZ

Czasopismo Farmaceutyczno-Ekonomiczne

Redaktor  
Tadeusz Jerzy Szuba

WARSZAWA

# APTEKARZ

Czasopismo poświęcone gospodarce lekiem

**Redaktor Naczelny:**  
dr Tadeusz Jerzy Szuba

**Sekretariat:**  
mgr Adam Rudzki, mgr Robert Radziszewski, mgr Piotr Sułko,  
mgr Danuta Wojnicka-Szuba, mgr Henryk Modrzejewski

**Rada:**  
prof. dr Mirosława Furmanowa, prof. dr Stanisław Witold Gumułka, prof. dr  
Bożenna Gutkowska, prof. dr Jerzy Krysiński, prof. dr Sławój Kucharski,  
prof. dr Jerzy Masiakowski, prof. dr Regina Olędzka,  
prof. dr Aleksander Ożarowski, prof. dr Jerzy Pałka, prof. dr Dionizy Moska,  
prof. dr Edmund Sieradzki, prof. dr Jacek Splawiński,  
prof. dr Wiesława Stożkowska, prof. dr Michał H. Umbreit,  
dr Leszek Bartkowiak, dr Mariola Drozd, dr Olaf Gubrynowicz,  
dr Maciej Krzanowski, dr Wojciech Kuźmierkiewicz, dr Stanisław Piechula,  
dr Agnieszka Skowron, dr Jerzy Surowiecki, mgr Franciszek Dragan,  
mgr Elżbieta Przymus-Góralczyk, mgr Teodozja Holak, mgr Grażyna Kornacka,  
mgr Barbara Kozicka, mgr Jacek Polatyński

**Internet, archiwum „Aptekarza”**  
<http://www.tfe.edu.pl/>

## Spis treści

Wykład farmaceuty-ekonomisty o cenach leków	3
Uchwała Walnego Zebrania Członków TFE dotycząca odwołania dr. Marka Twardowskiego z zajmowanego stanowiska	25
Słowa uznania dla Izb Aptekarskich	27

x x x

Z ostatniej chwili

### **„Aptekarz” stop**

Już po opracowaniu tego zeszytu dowiedzieliśmy się, że wymiarowi sprawiedliwości nie podoba się sposób prowadzenia przez nas działalności społeczno-naukowej. W procesie „Servier” kontra „Aptekarz” definitywnie okazał się dobrym „Servier”, a „Aptekarz” złym.

Całokształt sprawy przedstawimy Czytelnikom i całej Polsce po otrzymaniu postanowienia w naszej sprawie na piśmie. Ale bez zwłoki informujemy, że nie potrafiać robić „Aptekarza” lepiej, inaczej, będziemy zmuszeni zaprzestać jego publikowania.

Redaktor Naczelny

Dr Tadeusz J. Szuba

Tadeusz J. Szuba

### Wykład farmaceuty-ekonomisty o cenach leków w Polsce

Troska o ceny produktów farmaceutycznych jest nieodzowna, gdy zależy nam na zdrowiu. A zależy. Przeto potrzebne są leki. One kosztują. Pieniądzy zawsze mamy nie dość. Stąd konieczność studium cenowego. Niemal ustawicznego.

Jest ono obiektywnie trudne. Towaroznawstwo farmaceutyczne to wielka enigma. To tysiące zagadek, bo każdy lek dopuszczony do obrotu stanowi (ekonomicznie) oddzielną niewiadomą. Ludność nie ma wiedzy, co ile jest warte. Nie mają jej nawet lekarze. Ogarniają z trudem ogromną wiedzę terapeutyczną, nie sposób od nich wymagać wiedzy ekonomicznej. Nawet nikt nie stara się jej im serwować.

„Uczelnią” towaroznawczo-ekonomiczną jest aparat promocyjny przemysłu, są tłumy repów, przedstawiciele firm farmaceutycznych, zatrudnianych nie dla nauki i zdrowia, a dla zysku. Oni promują nie najtańsze i najlepsze produkty konkurencji, a drogie własne. Ujrzymy to w materiale dowodowym.

Ten wykład ma być źródłem światła dla rządu zobowiązanego Konstytucją do opiekowania się zdrowiem obywateli oraz instytucji współdziałających, np. kas chorych, u nas Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ceny nie muszą być niskie. Mogą, a nawet powinny być czasem wysokie. Kiedy?

W interesie ludności jest postęp medyczny i farmaceutyczny. Wynalezienie nowego leku niekiedy bywa przypadkowe. Przeważnie jednak kosztuje dużo pracy i pieniędzy. Przedsiębiorcza firma chętniej podejmuje się ryzyka nakładu, gdy ma ochronę efektów tego nakładu. A więc mędrcy polityczni świata wymyślili Konwencję Paryską oraz Berneńską pozwalające patentować wynalazki.

Istotą patentu jest prawo do wyłączności, monopolu. Nikt inny nie może eksploatować wynalazku. Firma wynalazcza może pobierać cenę, jaką chce, bo nie ma konkurencji. Gdy chodzi o ratowanie zdrowia, a nawet życia, ludzie są skłonni płacić cenę wysoką.

Przywilej monopolu nie trwa wiecznie. Stałby się zamiast bodźcem, hamulcem postępu. Kto inwestowałby w następny wynalazek czerpiąc w nieskończoność krocie ze starych wynalazków. Podrzynałby gałąź, na której siedzi. Ważność patentu ustawowo wygasa. Poczym każdy może robić produkt wczoraj monopolistyczny. Cena spada dramatycznie.

Istnieją liczne firmy farmaceutyczne, polskie i zagraniczne, których nie stać na wylansowywanie nowych leków, specjalizujące się w robieniu kopii wczorajszych wynalazków. Konkurują ze sobą. Też starają się jak najwięcej zarobić. Powstaje gąszcz cen. Niekiedy nawet „kopista” pobiera cenę wyższą od pobieranej przez „wynalazcę”. Klienci gubią się w powodzi nazw. Ten sam lek w wydaniu 20 konkurentów ma 20 nazw firmowych i 20 cen.

Co z tym robić? Oto jest bardzo trudne pytanie.

W wolnym gospodarstwie kraju każdy może kwotować cenę, jaką chce. Za identyczną kapustę może chcieć wziąć 2 zł, 5 zł, 10 zł. Jednak nie chce, bo klienci wiedzą, ile ma kosztować kapusta. W farmacji „kapusta” od każdego producenta nazywa się inaczej i nawet wygląda inaczej. Klienci są dezorientowani. Decydować o wyborze

dostawcy z uwzględnieniem ceny musi kompetentny rząd lub jakaś jego agenda odpowiedzialna za kasę, finansująca lecnicstwo.

To jest ewidentne. Ale wcale nie proste. Na pewno nie potrzeba w nieskończoność tolerować ceny byłego monopolisty wynoszącej np. zł 100, gdy konkurenci dają to samo po np. 50, 52, 55, 60, 70, 80. Też nie należy przesadnie skąpić i kazać kupować przez ubezpieczonych tylko produkt najtańszy, kosztujący zł 50. To zabiłoby konkurencję (jak w PRL), a nam na istnieniu konkurencji bardzo zależy.

Państwo nie wypracowało przez 20 lat żadnej koncepcji. Niekiedy eliminuje coś bardzo drogiego. Przeważnie refunduje wszystko, jak leci, tanie i drogie. Ja proponuję stosowanie kupieckiego systemu nakłaniającego oferentów do ostrej walki konkurencyjnej. Np. akceptowanie produktów synonimicznych z cenami w przedziale  $X + 25\%$ . Przy cenie najniższej zł 50 radzę tolerować wszystkie synonimy z cenami w przedziale  $zł 50 + 25\%$ , to jest od zł 50,00 do zł 62,50. Droższych nie refundować.

Tu nie powinno być dogmatyzmu. Od zaproponowanej zasady można odstępować nieco, zwłaszcza gdy asortyment z cenami  $X + 25\%$  jest nie gwarantujący ilościowo pokrycia potrzeb.

Ilustrację towarową i finansową skutków zaproponowanej zasady zdrowej konkurencji z pożytkiem dla pacjenta przedstawia się w Załączniku Nr 1. Oto jego fragment sugestywny, bo oparty na lekach „wielkich” zdrowotnie i finansowo:

- Ramipril, doskonały inhibitor ACE do obniżania ciśnienia jest dostarczany przez 10 dostawców z różnymi nazwami handlowymi i różnymi cenami, od zł 5,47 do zł 17,22 za 1 opakowanie 28 tabletek 2,5 mg. Obecnie refunduje się wszystko.

Trzeba refundować tylko 6 ramiprili, mieszczących się w przedziale 5,47 – 6,84 złotych. Skreślić z listy rządowej 4 synonimy, włącznie z najmodniejszym i najdroższym Tritace. Przy obrotach prilami rzędu 750 mln zł pacjenci i rząd (NFZ) zyskają około 350 mln złotych.

- Pantoprazol, „mniejszy” omeprazol, do leczenia choroby wrzodowej, jest dostarczany przez 11 fabryk. Ceny wynoszą od zł 25,21 do 86,22 za 1 opakowanie 28 tabletek 40 mg. Eliminując z refundacji najdroższe synonimy można „zarobić” ca 60 mln złotych.

- Montelukast do leczenia astmy jest dostarczany z 5 źródeł. Gdyby zrezygnować tylko z jednego, najdroższego źródła, zaoszczędzi się 55 mln złotych.

Niech te trzy przykłady zachęcą do czytania całego Załącznika Nr 1.

Trwonienie pieniędzy nieświadomych tego pacjentów i ich Narodowego Funduszu Zdrowia odbywa się za zasłoną handlowych nazw leków, czyniących pozór, iż identyczne produkty są różnymi produktami. Płacąc znacznie wyższe ceny pacjenci nie są o tym informowani.

Jest jeszcze bardziej naukowe wykorzystywanie niewiedzy pacjentów z pomocą wyrafinowanego systemu kongenerów. Polega on na tym, że nowy dobry lek przyciąga zainteresowanie klienteli dużo większe aniżeli inny nowy produkt np. nowa tkanina, a nawet nowy samochód.

Penicylina od bakterii, chlorpromazina (Largactil) od umysłowo chorych, propranolol (Inderal) od zawałów, to były nie tylko nowe zdrowia i życia. Także zwały zysku. Zwłaszcza przy zastosowaniu patentu. Patent nie pozwalał konkurentom robić tego samego. Więc ścigali się w robieniu czegoś podobnego. Na tyle innego, by było patentowalne. Na tyle podobnego, by miało analogiczne własności lecznicze.

Naprawdę nowe rzeczy w farmacji stanowią około kilku procent wynalazków. Ponad 90% to kongenery, to analogi chemiczne, strukturalne, starych dobrych wynalazków. To tanie, proste modyfikacje molekuł robione dla kasy, a nie dla zdrowia.

Jak się zrobi takich modyfikacji 50-100, to 10-20 uda się zarejestrować. Aby coś zarejestrować jako nowy lek, nie trzeba dowieść, że jest lepszy od starego leku. Wystarczy wykazać, że leczy, że jest lepszy od placebo. I bardzo nie szkodzi.

Tę pseudo-wynalazczość też cenimy dlatego, że niekiedy kongener, podróbka chemiczna, wnosi postęp. To może być znikoma przeróbka, a postęp istotny. Pamiętamy przełomowy wynalazek diuretyczny – chlorotiazid. Dodanie zaledwie dwóch atomów wodoru (zamiana jednego wiązania podwójnego na pojedyncze) stworzyło hydrochlorotiazid, do dziś najpowszechniej stosowany środek moczopędny.

Przemysł kongenerów jest wykorzystywany głównie do robienia pieniędzy. Każdy kongener leczy. Lepiej lub gorzej niż pierwowzór. Zawsze znajdują się klinicyści, którzy wykażą zalety. Zatają wady. Nieustannie toczą się liczne wojny o zalety kongenerów. Farmaceuci mogliby przyglądać się im biernie (domena lekarzy), gdyby nie masowe zawyżanie cen kongenerów pod pretekstem ich „lepszości”.

Pamiętajmy, że kongener zawsze jest nowszy od pierwowzoru. Kiedy kongener się pojawia, jest opatentowany, by mógł być bez przeszkód drogi. Wówczas pierwowzór może już nie mieć ochrony patentowej, może być robiony tanio. Producent drogi ma pieniądze na promocję. Promocja czyni cuda. Gorsze leki promowane sprzedaje się łatwiej niż lepsze-niepromowane. Np. słabo ceniony na świecie lek przeciw cukrzycy z grupy sulfonilomocznika, gliclazid, drogi, potrafiło w Polsce uczynić „najlepszym” środkiem antydiabetycznym (Diaprel).

Np. mało ceniony kongener już prawie niestosowanego nigdzie clopamid, indapamid, potrafiło uczynić w Polsce diuretykiem Nr 1 (Tertensif). Za pieniądze płynące z wysokiej ceny.

Eliminowanie leków-kongenerów, droższych i gorszych z asortymentu rządowego, refundowanego, wymaga więcej kwalifikacji, niż eliminowanie droższych, gorszych synonimów. Tu potrzebna jest nie tylko wiedza farmaceutyczna i ekonomiczna, ale też farmakologiczna. Tą ostatnią bogate firmy farmaceutyczne chytrze manipulują. Przekupują autorów publikacji.

Sposobem na rozszyfrowanie manipulacji jest śledzenie zachowania milionów lekarzy w świecie światłym naukowo i nieprzekupnym. Np. dowodem na to, że Tertensif (indapamid) nie jest najlepszym diuretykiem może być znikome lub żadne nim zainteresowanie w USA, Niemczech itd. Trzeba chcieć o tym wiedzieć.

Obszerny i trudny obraz eliminacji drogich i kiepskich kongenerów z gospodarki lekami wspomaganą funduszem publicznym przedstawiono w Załączniku Nr 2.

Wykład o dobrym posługiwaniu się orężem cen nie może być wygłoszony z pominięciem kategorii ekonomicznej zwanej limitem ceny. Jest to kategoria bardzo polska, nie istniejąca w naukach farmaceutyczno-ekonomicznych w Anglii, Francji, Niemczech. U nas funkcjonuje z mocy najwyższych norm prawnych (patrz np. Dziennik Ustaw Nr 212/2009 poz. 1648, str. 16722-16826).

Limit ceny powstał za bardzo mądrych rządów solidarnościowych wiedzionych przez farmaceutów potrafiących myśleć o interesie chorych (Kuźmierkiewicz, Mańko, Głowniak, Wąsiewicz itd.). Oni odziedziczyli po PRL rynek leków tanich, których brakowało, hermetyczny. Trzeba było go otworzyć. Wówczas wpłynęły leki zagraniczne i nietanie.

Lud, choć biedny, miał już dość ograniczeń. Bardzo pragnął wolności. Rząd nadal preferował przy refundacji synonimy i kongenery najtańsze, ale uznał za politycznie poprawne zezwolenie na objęcie refundacją tego lub owego synonimu modnego, snobistycznego, drogiego, pod warunkiem, że snob zapłaci różnicę ceny. Musiało powstać pojęcie limitu ceny, by każdy wiedział, ile ma zapłacić Kasa Chorych, a ile pacjent. To miało wymiar bardzo ograniczony i było w pełni przejrzyste.

Z czasem sytuacja uległa zmianie. Rząd lekami przeszedł od fachowych farmaceutów do niekompetentnych ekonomicznie lekarzy. Przełomu dokonał pupil premiera Millera minister Łapiński. Zrobił wiceministrem ds. farmacji lekarza Naumana, zlikwidował departament farmacji z farmaceutami, zamienił go na departament polityki lekowej bez farmaceutów. Ta orgia niekompetencji trwa do dziś.

Rządzący ignoranci przekształcili maleńki, anemiczny, polityczny instrument zwany limitem cenowym w potężny instrument ekonomiczny pozwalający na bezmyślne obejmowanie systemem refundacji wszystkich synonimów, włącznie z drogimi, i wszystkich kongenerów włącznie nie tylko z droższymi, ale i gorszymi!. Niewyobrażalnie wielkim kosztem ludności. Rządu co najmniej 2 miliardów złotych rocznie!!! Plus kosztem NFZ rządu 1 miliarda.

Zdegenerowany system „limitowania” cen czyni częstokroć refundowanie leku fikcją. Pacjent, omamiany przez państwo, płaci za lek refundowany prawie lub pełne 100% ceny nominalnej. Np. wszystkie kardiologiczne prile, leki bardzo ważne, powinny być „ustawowo” wydawane chorym za zł 3,20. Tymczasem chorzy płacą ceny bliskie nominalnym. W przypadku Q-prilu (quinaprilu) z ceną zł 14,22 za 28 tabletek 5 mg płacą pełne 14,22 złotych.

Filozofia limitu ceny (nie ma ustawowego przymusu jego stosowania) jest prosta. Gdy w danej grupie synonimów (identyków) lub kongenerów (analogów) są leki kosztujące różnie, np. 20 i 50 złotych rząd może wyznaczyć limit ceny do refundacji w kwocie tylko 20 złotych. Pacjent płaci wówczas z ustawową ulgą 20 złotych, 30 zł w całości z własnej szkatuły.

Praktyka jest bardzo zagmatwana. Istnieje pełna dowolność. Na przykład: Przychodzi Warfin (warfarina) z ceną zł 29,11/100 tabl 5 mg = 0,44/DDD (7,5 mg). Jest to chemicznie i farmakologicznie prawie to samo, co Acenocoumarol kosztujący zł 11,26/60 tabl 4 mg = 0,23/DDD (5 mg). A więc Warfin powinien mieć limit ceny Acenocoumarolu, pacjent powinien płacić zł 3,20 plus różnicę cen obu leków. A płaci tylko zł 3,20.

Przychodzi Keppra (levetiracetam), prościutki kongener nootropowego piracetamu. Błysk szczęścia firmy. Lek przejawia działanie mniej nootropowe, a więcej przeciwpadaczkowe. Klinicyści dostrzegli, że działa ponoć podobnie do carbamazepiny (Brodie et al. Neurology 68: 402-408, 2007). Keppra (levetiracetam) kosztująca zł 326,88/50 tabl 750 mg powinna mieć limit ceny carbamazepiny (Amizepin) – zł 14,32/50 tabl. A otrzymała limit ceny zł 326,88/50 tabl i pacjent płaci tylko zł 3,20. Koszt 1 dawki dobowej Keppry (levetiracetamu) wynosi zł 13,08 i jest 9 razy większy od kosztu 1 DDD Amizepiny (carbamazepiny). A opłata jest taka sama. Problem nie polega na tym, że polski epileptyk otrzymuje drogi lek prawie za darmo. Polega na tym, że obecnie carbamazepina jest na całym świecie lekiem przeciwpadaczkowym Nr 1. Dopóki specjaliści nie stwierdzili, że levetiracetam jest lepszy, trzeba zachowywać rozsądek ekonomiczny. Na carbamazepinę wydajemy 50 mln zł rocznie. Chcemy stymulować dziewięciokrotne zwiększenie tego wydatku do 450 mln złotych bez efektów terapeutycznych?

Gospodarka lekami jest trudna. Potrzebna jest stosownie duża fachowość. Skąd ją brać? Z gospodarek innych krajów światłych terapeutycznie i ekonomicznie zaradnych i niebogatych.

Reforma praktykowanego u nas systemu limitu cen powinna być dokonana przede wszystkim w grupie N (nervous system). Ludzie umysłowo chorzy często nie palą się do leczenia. Trzeba je do nich przybliżyć. Między innymi wydawaniem leków za darmo. A co robi rząd? Podstawowy lek na schizofrenię, risperidon marki Rispolept, kosztujący zł 149,88 za 20 tabl 3 mg, wydaje choremu w oparciu o limit ceny po zł 117,12. Wydaje fikcyjnie, bo niejedyn pacjent leku nie wykupi. Schizofrenia nigdy nie zostanie wyleczona.

Rząd mając ofertę przemysłu na 19 risperidonów powinien skreślić z listy bardzo drogi Rispolept i kopie tanie wydawać po zł 3,20 lub wręcz za darmo.

Tenże sam rząd potrafi być large, kiedy nie potrzeba. Wydaje każdemu antypsychotykom Serdolect (Sertindol) kosztujący zł 411,47/20 tabl 16 mg po zł 3,20. Nie bacząc na to, że lek słynie z powodowania arytmii i poza Polską nie jest dozwolony do stosowania „domowego”. Tylko Lz i to pod baczną kontrolą.

Wymiar zła powodowanego wadliwym stosowaniem limitu ceny jest tak wielki, że nie sposób go przedstawić w jednym wykładzie. Ograniczmy się do pokazania w Załączniku Nr 3 skali wyzysku chorych na przykładzie tylko jednej grupy leków podstawowych, inhibitorów ACE (prili), które powinny być dostępne po zł 3,20 oraz perfidii zamaskowanego powiększania tego wyzysku w miarę „tania” leków, na przykładzie ostatniej nowelizacji listy leków refundowanych.

x x x

**Załącznik Nr 1**

### **Synonimy, eliminacja droższych**

#### **A02BA Ranitidina**

Jest 7 preparatów z cenami od zł 2,59 do zł 4,89/20 x 150 mg. Trzy tanie mogą wystarczyć. Pozostałym czterem dać szansę stania. Nie stanowią, przestać refundować.

#### **A02BC Omeprazol**

Refunduje się nadal Losec z ceną zł 43,09/14 x 20 mg wyższą 3,2 raza od kopii najtańszej. Niepotrzebnie. Można też skreślić Omeprazol-Egis droższy o 78,4%. Pozostawić 13 synonimów niedrogich. Wystarczy.

#### **Pantoprazol**

Mamy 11 ofert z cenami od zł 25,21 do 86,22/28 x 40 mg. Wszystkie godzimy się refundować. Wystarczyłoby obejmować troską rządową 6 najtańszych, a 5 – nie. Kto chce Controloc itp. niech sam płaci z własnej inicjatywy, a nie z inspiracji rządu. To nie jest drobiazg, lecz ekspens niepotrzebny rzędu 60 mln złotych.

#### **Lansoprazol**

Refundujemy 9 preparatów synonimicznych, 4 tanie i 5 nietanich. Po co?



**A04AA Ondansetron**

Lek drogi, ale niezbędny w onkologii (przeciwwymiotniczo). Rząd słusznie go refunduje, także markowy Zofran. Ale dlaczego wydaje też niemal za darmo (zł 3,20) Zofran Zydis (liofilizat) kosztujący zł 67,52 więcej? Zamiast 106,53/10 tabletek-nieliofilizowanych 8 mg, 174,05/10 tabletek liofilizowanych 8 mg. To jest rozrzutność. Za granicą, w Anglii, Francji, Niemczech za tabletki liofilizowane płaci się tyle samo, a nie aż 63,4% więcej. W Polsce wyzysk firmy powinien być tępony, a nie promowany przez rząd. Zofran Zydis powinien zostać skreślony z listy leków refundowanych, jeśli GlaxoSmithKline ceny nie obniży do poziomu Zofranu.

**A10BB Glimepirid**

Obecnie na świecie środek antydiabetyczny doustny Nr 1. W Polsce jest 21 synonimów. Refunduje się (promuje) wszystkie, od najdroższego Amarylu (zł 23,16/30 x 2 mg) po najtańszy Apo-Glim (zł 7,85/30 x 2 mg).

Należy wyłączyć z refundacji 7 preparatów droższych, z Amarylem, pozostawić 14 tanich. Na samym Amarylu oszczędzi się zł 30 mln.

**Glipizid**

Znacznie mniej stosowany na świecie niż glimepirid. Np. w Niemczech w ogóle niedozwolony.

W Polsce refunduje się markowy Glibenese oraz generyczny Antidiab. Markowy jest droższy o 60% (tolerujemy, choć to jest bez sensu). Ale, co robi na liście leków refundowanych Glibenese GITS (o przedłużonym działaniu) droższy o 233%? Bezmyślność.

Wręcz skandal. Amerykański Glibenese GITS Pfizera nie istnieje w USA. Do Polski jest przywożony z Francji, gdzie też nie istnieje w lekospisie. Nasz rząd wstydu nie ma.

**C02CA Doxazosina**

Ma się i refunduje się 6 synonimów z cenami od zł 26,31 do zł 61,47/30 x 4 mg (Cardura). Czas najwyższy Cardurę skreślić.

**C03BA Indapamid**

Diuretyk mało respektowany na świecie, w Polsce uczyniony przez Serviera diuretykiem Nr 1. Z cyniczną ceną zł 0,88/DDD (2,5 mg) przy obfитоści klasycznych diuretyków: hydrochlorothiazid, furosemid kosztujących zł 0,125/DDD. Siedem razy taniej.

Po wielu latach wyzysku Serviera pojawili się konkurenci. Najdroższy Tertensif Serviera i Arifon Anpharmu trzeba skreślić z refundacji natychmiast. Rezygnacja z samego Tertensifu, na który wydaje się ponad 100 mln zł rocznie, oszczędzi funduszom zdrowotnym przy zamianie na inne indapamidy ponad 50 mln, a przy zamianie na hydrochlorothiazid lub furosemid – 86 mln.

**C07AG Carvedilol**

Potrzebny alfa/beta bloker. Markowy Dilatrend Roche`a kosztuje zł 27,07/30 tabl 25 mg. Tę samą cenę „wynalazczą” zawinszowali sobie kopiści, którzy niczego nie wynaleźli: Anpharm czyli Servier za Vivacor i Krka za Coryol. Rząd to bezmyślnie refunduje. A więc lekarze (mając do dyspozycji 10 synonimów tańszych) piszą drogie re-

cepty za 22,5 mln zł.

Marnotrawstwo wynosi 13 mln złotych.

### **C08CA Amlodipina**

Pierwowzorem blokera kanałów wapniowych, leku na nadciśnienie i dusznicę była nifedipina. Z czasem rynek został zdominowany przez dłużej działający kongener – amlodipinę. Przy ogromnym zapotrzebowaniu cena jest bardzo ważka. Słusznie skreślono z refundacji drogi markowy Norvasc Pfizera. Dzięki firmie Adamed, która zrobiła kopię konkurencyjną, Amlozek.

Obecnie jest już 17 synonimów refundowanych. Amlozek – najdroższy, po zł 18,44/30 tabl 5 mg. Jest wiele o połowę tańszych. Amlonor pabianickiej Polfy kosztuje zł 7,41. Refundowanie nadal Amlozeku w ilości 81 mln tabl 5 mg, i 51 mln tabletek 10 mg kosztuje chorych za dużo o 43,5 mln złotych rocznie. Trzeba będzie go, i kilka innych amlodipin, skreślić.

### **Felodipina**

Calcium bloker pozostający w cieniu amlodipiny. Mniej recept, a więc mniej oferentów. Oprócz markowego Plendilu firmy AstraZeneca jest tylko jeden produkt konkurencyjny, Felohexal, tańszy tylko o 31,5%. Co robić, wiedząc, że doskonała amlodipina jest dostępna po 25 groszy za DDD (5 mg), a Plendil kosztuje 113 groszy i Felohexal – 78 groszy za DDD (5 mg)? Może skreślimy choć tylko Plendil, i skłoniśmy Hexala do obniżenia ceny Felohexalu.

### **C09AA Ramipril**

Obecnie największy, najważniejszy inhibitor ACE (inhibitor konwersji reniny w angiotensynę) do kontroli nadciśnienia. Spożycie rosnące, cena bardzo ważna.

Pierwszy był Tritace. Teraz mamy jeszcze 10 kopii. Refundujemy wszystko od Tritace z ceną zł 17,72/28 x 2,5 mg do Apo-Rami z ceną zł 5,47/28 x 2,5 mg.

Trzeba refundować tylko 6 kopii najtańszych. Drogie, zwłaszcza Tritace skreślić z listy leków refundowanych. Na samym Tritace ordynowanym za 160 mln złotych pacjenci pozyskają ponad 100 milionów.

### **Quinapril**

Taki „mniejszy” ramipril. Po drogim markowym quinaprilu Accupro, przyszły kopie generyczne, 5 sztuk, o ca 35% tańsze. Lekarze z przyzwyczajenia ordynują głównie Accupro. Za 45 mln zł rocznie.

Skreślając z refundacji Accupro zyskamy 16 mln zł.

### **Perindopril**

Inhibitor ACE prawie niepożądany na świecie, w Polsce został wylansowany przez Serviera na pril Nr 1. Obecnie jego Prestarium jest na drugim miejscu z ogromną sprzedażą ponad 170 mln zł rocznie.

Cena jest zabójcza. Koszt dawki dobowej jest 5 razy wyższy od dawki dobowej prilu wybitnego, enalaprilu. Korzystając z pojawiania się konkurencyjnych kopii perindoprilu należy Prestarium natychmiast wyłączyć z refundacji. Nie refundować też drogich kopii: Irpax i Coverex.

Zysk pacjentów będzie zawrotny. Trudny do oszacowania, bo nie można powiedzieć, co będzie ordynowane w zamian. Minimum 85 mln złotych.

### **Trandolapril**

„Mały” pril, bez znaczenia, urozmaicenie asortymentu. Nie przeszkadzałby, gdyby był tani, jak enalapril, captopril, ramipril itd. Niestety, trandolaprilem wziętym jest tylko reklamowany, markowy Gopten kosztujący 89 groszy za DDD (2 mg). Cztery razy za drogo.

Wydaje się nań tylko 24 mln złotych, 18 mln za dużo. Trzeba z refundacji skreślić. Dla lekarzy domagających się trandolaprilu pozostawić z niechęcią o połowę tańszy generyk – Trandolapril Ratiopharm.

### **Lisinopril**

Bardzo dobry pril, bodaj trzeci obecnie na świecie po ramiprilu i enalaprilu. Spożycie w Polsce wynosi ca 60 mln z dużą przewagą synonimów droższych za przykładem Prinivilu.

Należałoby objąć refundacją tylko Diroton oraz Ranopril i zaniechać refundacji Prinivilu, Lisinolu, Lisinoratio i Lisihexalu. Oszczędność wyniesie 20 mln złotych.

### **Benazepril**

Pril pełniący bardzo umiarkowaną rolę w asortymencie prili na świecie. Ordynowany najczęściej w wersji markowej, Lotensin, kosztujący 94 grosze/DDD (7,5 mg). Należy go wyłączyć z refundacji pozostawiając o połowę tańsze: Lisonid i Benazepril-Stada.

Pożytkowanie Lotensinu kosztuje 11 mln zł, a więc oszczędność wyniesie tylko 5,5 mln złotych.

### **C09CA Losartan**

Sartany nie zasługują na wysokie ceny, bo nie leczą lepiej od prili. Powinny być podawane w ciężar państwa tylko wtedy, gdy prile powodują odruchy kaszlowe. Przeto drogiego markowego Cozaaru nie refundujemy, tylko najtańsze kopie generyczne.

Jest ich 9 ofert z cenami od 71 do 109 groszy za DDD (50 mg). Ruina. Najdroższe generyki, choć trzy, też trzeba skreślić wraz z Cozaarem.

### **Valsartan**

Mamy dwa valsartany, markowy Diovan po zł 111,79/28 tabl 160 mg i generyczny Valsacor po zł 48,29/28 tabl 160 mg. Beztrosko obydwu refundujemy. Wskutek tego więcej stosuje się promowanego Diovanu.

Jakby tego marnotrawstwa było mało, jeszcze w 2009 r. włączono do refundacji Exforge, preparat złożony z valsartanu i amlodipiny z ceną „optycznie” łaskawą zł 111,79/28 tabletek (do Diovanu dodano amlodipinę za darmo).

Tylko nikt w rządzie nie pomyślał, że to samo można dać pacjentom o połowę taniej za 56,16:

Valsacor (valsartan)	48,29/28 x 160 mg
Adipine (amlodipina)	<u>7,86/30</u> x 5 mg
	56,15

Można oszczędzić jeszcze więcej dając choremu zamiast valsartanu losartan z amlodipiną:

Sarve (losartan)	21,18/30 x 50 mg
Adipine (amlodipine)	<u>7,86/30</u> x 5 mg
	29,04.

Koszt łączny wyniesie mniej o zł 82,75!

Błąd z Exforge należy natychmiast naprawić, zaniechać refundacji zupełnie niepotrzebnej.

### **C10AA Lovastatina Simvastatina Atorvastatina**

Antycholesterolowe statyny przyczyniają obecnie na świecie najwięcej kosztów farmaceutycznych. Ich stosowanie wymaga szczególnej rozwagi.

Wszystkie są podobnie skuteczne. Na początku „największa” była lovastatina, później – simvastatina, teraz – atorvastatina.

Pierwszą atorvastatiną był Sortis, skopiowało go już 10 firm. Jest obfitość leku po zł 0,86-1,10 za 20 mg. Choć Sortis pozostaje niemal 3 razy droższy, jest nadal rekomendowany lekarzom listą refundacyjną. W konsekwencji refunduje się Sortisu za 36 mln złotych i traci 22 miliony.

Pierwszą simvastatiną był Zocor. Kosztuje zł 31,78/28 tabl 10 mg. Refunduje się go bez zahamowań pomimo istnienia 17 identyków tańszych, aż po zł 8,37/30 x 10 mg = 7,81/28 x 10 mg, a więc przy 4-krotnej różnicy ceny.

Wg zasady X + 25% należałoby refundować tylko Simvastatin po 8,37/30 x 10 mg, Simvagen – po 9,24/30 i Vastan – po 8,65/28 = 9,27/30. Obecnie biznes simvastatinowy wynosi ca 350 mln zł. Wyłączenie z refundacji produktów nie najtańszych przyczyniłoby oszczędności zł 120 mln.

Pierwszą lovastatiną był Mevacor. Już go nie ma w Polsce. Są kopie nie bardzo tanie, od 55 groszy/DDD (Amlostin) do 101 groszy/DDD (Lovasterol). Wszystkie razem kosztują tylko 15 mln złotych, bo lovasterol już niemodny. Można niewiele zaoszczędzić nie refundując synonimów najdroższych.

### **C10AB Fenofibrat**

Od nadejścia statyn fibraty nie są pupilami medycyny, ale są wciąż stosowane. Na fenofibrat wydajemy około 60 mln zł rocznie. Dominuje najdroższa marka Lipanthy. Należy ją skreślić, refundować tylko fenofibraty tanie.

### **D01BA Terbinafina**

Wartościowy lek przeciwgrzybiczy. Pierwszy był Lamisil. Teraz terbinafin jest jedenaście. Wszystkie wraz z Lamisilem są refundowane. Na szczęście 9 jest rozsądnie tanich. Wyłączyć z refundacji należy tylko Lamisil i Onymax.

### **G04CA Tamsulosina Terazosina**

Środki pomocne przy przeroście prostaty, muszą być refundowane.

Tamsulosin mamy 18, od najdroższego Omnic po zł 1,86/DDD (0,4 mg) do Apo-Tramin po zł 0,88/DDD (0,4 mg). Stosuje się najczęściej Omnicu, za 37 mln zł. Trzeba skreślić z refundacji Omnic i połowę droższych kopii generycznych.

Terazosin mamy tylko trzy: Hytrin jeszcze droższy od Omnicu, po zł 2,21/DDD (5 mg), oraz Kornam i Setegis po zł 1,50/DDD (5 mg). Nie mając danych klinicznych o większej skuteczności terazosiny można rozważyć zaniechanie refundacji preparatów tego kongenera.

### **G04CB Finasterid**

Szcześliwy wynalazek też wielce pożądanym do leczenia prostaty. Pierwszy był

Proscar, oczywiście drogi z ceną zł 1,83/DDD (5 mg). Sprowokował pojawienie się 18 konkurencyjnych kopii.

Wszystkie są w Polsce refundowane, ku kompromitacji rządu, który z naszych pieniędzy finansuje 5 kopii droższych od oryginalnego Proscaru (Aprost, Lifin, Hyplafin, Finaride i Finpros). Rekord finansowej beztroski.

Trzeba pozostawić w refundacji tylko 8 preparatów z cenami od zł 40,24 do zł 50,30/30 tabl 5 mg. Pozostałe 11 synonimów wraz z Proscarem skreślić.

### **J01AA Doxycyclina**

Klasyczny antybiotyk tetracyklinowy. Mamy na rynku 6 preparatów. Wszystkie refundujemy. Można podziękować za najdroższy Unidox.

### **J01DB Cefadroxil**

Refundujemy Duracef	po zł 21,31/12 x 500 mg
Biodroxil	po zł 15,91/12 x 500 mg
Tadroxil	po zł 15,22/12 x 500 mg

Można z Duracefu zrezygnować.

### **J01CD Cefuroxim**

Mamy 7 cefuroximów refundowanych, 5 tanich i 2 drogie:

Zinnat	po zł 36,32/10 x 250 mg i
Bioracef	po zł 33,50/10 x 250 mg

Obydwa drogie można wyłączyć z refundacji.

### **J01FA Roxithromycina**

Refunduje się 6 roxithromycin, 5 tanich i 1 drogi, Rulid. Należy przestać go refundować.

### **Clarithromycina**

Bezkrytycznie refunduje się 8 synonimów z cenami od zł 24,95 do zł 83,05/14 x 500 mg (Klacid Abbotta). Wszystkie drogie skreślić.

### **J01MA Ciprofloxacina**

Refundujemy 8 ciprofloxacyn, 6 tanich i 2 nazbyt drogie: Ciprinol i Cipropol. Przestać je refundować.

### **J02AC Itraconazol**

Przestać refundować Orungal. Wystarczą tanie Itragen i Trioxal.

### **L02BA Tamoxifen**

Refundacja obejmuje 7 preparatów tamoxifenu, od zł 13,48 do zł 22,85/30 tabl 20 mg (Nolvadex D). Można skreślić nie tylko Nolvadex, lecz też Tamoxifen Hexal.

### **L02BG Anastrozol**

Mamy 8 synonimów, od Arimidexu po 376,24/28 tabl 1 mg do Anastralanu po 152,98/28 tabl 1 mg. Trzeba skreślić tylko drogi Arimidex.

### **M01AE Naproxen**

Jest 6 preparatów naproxenu, dość układnych cenowo. Nawet Apranax Roche`a jest akceptowalny. Jednak cena polskiej kopii Anapran wyższa od ceny Apranaxu, to już przesada. Skreślić.

### **M01AX Nabumeton**

Środek przeciwpalny pozostający daleko w cieniu ibuprofenu, diclofenacu, naproxenu i innych, mógłby w ogóle nie być wspierany refundacją.

Polska refundacyjność jest niepojęta. Świadectwem drogości nabumetonu jest Relifex koncernu GlaxoSmithKline z ceną zł 19,29/20 tabl 500 mg. Mamy konkurencyjny cenowo Coxeton po 14,48. To nam nie wystarcza i refundujemy droższe od Relifexu – Nabuton kosztujący zł 21,62 i Coxalgan – zł 20,27.

Kto usprawiedliwi taki piramidalny brak rozsądku? Relifex, Coxalgan i Nabuton niech się cieszą bez refundacji, że się je w ogóle toleruje.

### **M04AA Allopurinol**

Mamy 4 allopurinole. Jeden z nich, Milurit, jest droższy od Alluprolu o 42%. Można Milurit skreślić.

### **M05BA Alendronian**

„Duży” lek na osteoporozę. Przemysł oferuje 6 preparatów po 10 mg i 10 preparatów po 70 mg (raz na tydzień). Pobiera ceny od zł 20,79/30 tabl po 10 mg do zł 64,03. Oras za 4 tabletki 70 mg od zł 14,55 do zł 54,64.

Rząd refunduje wszystko, nie zważając na cenę. Później się dziwi, że Narodowemu Funduszowi Zdrowia nie starcza pieniędzy. Przecież na alendronian idzie około 60 mln złotych. Tu jest kopalnia oszczędności, ale drogich synonimów trzeba nie refundować.

### **N02AB Fentanyl**

Jest 8 synonimów z dużą rozpiętością cen, od Durogesicu – zł 388,57 do Fentagesicu – zł 182,64 za to samo.

Dużo zaoszczędzi się skreślając z refundacji 4 fentanyle droższe i pozostawiając 4 tańsze.

### **N03AX Lamotrigina**

Lek pożądaný na padaczkę. Jest dostępny w 11 wersjach od zł 38,03/30 tabl 100 mg do zł 108,67. Należy refundować tylko wersje tanie.

### **Topiramát**

Jak lamotrigina, musi być dostępny. Jest 8 ofert. Większość – konkurencyjne. Za drogie są Topamax, Toramat i Topiramát Ratiopharm. Trzeba je skreślić.

### **N05AH Quetiapina**

Spółród 7 synonimów trzeba skreślić tylko jeden – Seroquel.

### **N05AX Risperidon**

Ogromny obecnie antypsychotyku, obok olanzapiny. Należy bardzo baczyć na ceny. Oferta jest bogata, konkurencja duża. Mamy 19 synonimów. 12 mieści się w przedziale X + 25%. 6 jest niewiele droższych. Rażąco drogi Rispolept (zł 149,88/20 tabl 3 mg) nie powinien rujnować NFZ, ani pacjenta. A rujnuje. Jego spożycie kosztuje 43 mln złotych.

### **N06AB Fluoksetina Paroksetina Sertralina**

Selektywne inhibitory wychwytu serotoniny, obecnie bardzo ważne przy leczeniu depresji. Duże zapotrzebowanie. Trzeba je refundować i na ceny uważać.

Fluoxetin mamy 8, wszystkie refunduje się. Natomiast markowy Bioxetin trzeba skreślić, no i też jeszcze droższy od niego Deprexetin generyczny.

Paroxetin mamy 7, refundowanych bezkrytycznie. Dlaczego płacić za Seroxat zł 62,69/30 tabl 20 mg, gdy to samo jest do nabycia pod nazwą ParoGen po zł 25,71 i pod innymi nazwami niewiele droższymi. Trzeba skreślić oprócz Seroxatu jeszcze Paxeratio kosztujący „tylko” zł 40,58.

Sertralin jest 13, kosztujących od zł 12,62 do zł 40,43 za 28 tabl 50 mg. Ceny rządu nie interesują. Wszystkie sertraliny są refundowane. Kosztują 35 mln złotych. Skreślając z refundacji najdroższy Zoloft i liczne drogie synonimy można zarobić 15 mln.

### **N06AG Moclobemid**

MAO inhibitor, antydepresant, już obecnie mniej stosowany. W tej sytuacji nie ma sensu refundowanie drogiego Aurorixu i Mocloxilu przy dostępności tanich kopii – Moklaru i Mobemidu.

### **N06AX Venlafaxina**

Inhibitor wychwytu obok serotoniny też noradrenaliny. Już za granicą bywa więcej stosowany niż sertralina, fluoksetina, paroxetina. Musi być refundowany. Mamy 8 preparatów. Wszystkie refundujemy. Niesłusznie. Markowy Efectin ER jest bardzo drogi. Kosztuje zł 3,64/DDD (100 mg). Niech pomagają kopie generyczne.

### **N06DA Donepezil**

Bardzo często obecnie stosowany środek na demencję. Nie można go ludziom nie dawać, choć przy znacznym otępieniu nie działa.

Mamy w aptekach 5 donepezili. Cztery drogie i jeden morderczo drogi, Aricept, kosztujący zł 311,14/28 tabl 5 mg = zł 16,67/DDD (7,5 mg)! Aricept powinien być nierefundowany.

### **R03DA Theophyllina**

Stary lek, wciąż stosowany, zwłaszcza do poprawiania pracy dróg oddechowych. Bezpieczny. Dlaczego nie refundować? Ale najmniejszym kosztem. Powinno się refundować tylko Theospirex i Theovent. Droższe: Theoplus i Euphyllin Long – przestać refundować.

### **R03DC Montelukast**

Nowy lek pomocny przy astmie. Jest 5 synonimów. Cztery w cenie zł 75,03 – 88,15 za 28 tabl 5 mg. Plus drogi markowy Singulair po zł 126,76. Trzeba zeń zrezygnować w refundacji. Nań wydaje się zł 150 mln. Zaoszczędzi się zł 55 mln.

### **R06AE Cetirizina**

Antyhistaminik o strukturze piperazynowej. Popularny od lat. Mamy 10 synonimów. Wystarczy 9. Drogi Zyrtec można skreślić z refundacji bez szkody dla zdrowia.

### **R06AX Loratadina**

Też popularny antyhistaminik. Też stosowany często. O cenę trzeba dbać. Mamy 7 synonimów. Trzech drogich z Claritiną na czele nie refundować. 4 tanie z Flonidanem – refundować.

**S01BC Diclofenac**

W refundacji są krople oczne Naclof, Diclobion, Difadol. Najdroższy Naclof wyeliminować.

**S01ED Timolol**

Drogie krople Cusimolol oraz Timohexal są zbędne przy obfitości tanich kropli Oftensin i Timolol POS.

**Betaxolol**

Po co nam Betoptic krople po zł 16,90? Mamy dość takichże po zł 8,90 (Betabion i Optibetol).

x x x

**Załącznik Nr 2**

**Kongenery,  
eliminacja droższych, a nie lepszych analogów**

**A10BB Sulfonamidomoczniki**

Cukrzyca dokucza, poszukiwania leków trwają. Liczącym się krokiem było opracowanie w 1956 r. carbutamidu, sulfonamidowej pochodnej mocznika. Idąc tym tropem robiono tuziny podobnych związków chemicznych, kongenerów. 1959 – tolbutamid. 1966 – glibenclamid. 1968 – gliclazid, glibornurid. 1969 – glisoxepid. 1970 – glipizid. 1971 – gliquidon. 1981 – glimepirid.

Nie zawsze nowszy kongener jest lepszy. Zawsze jest drogi, bo opatentowany. Z czasem wszystkie są niechronione patentem i tanieją wskutek konkurencji. Im lepsze, bardziej pożądane, tym jest więcej konkurentów i szybszy spadek cen.

Przez minione 25 lat darzono najlepszą opinią glibenclamid. Jego cena spadła do 11 groszy za 1 DDD (10 mg), patrz Euclamin.

Ostatnio największym zainteresowaniem cieszy się na świecie glimepirid; wytwórców jest multum, można kupić lek za 26 groszy (DDD – 2 mg).

Gliclazid przyciąga znikome zainteresowanie diabetologów na świecie, konkurenci nie jawią się, sprzedawca bierze za produkt ile chce – 80 groszy za DDD (160 mg). Patrz Diaprel. Rząd powinien odradzać stosowanie Diaprelu (gliclazidu). Natomiast nasz rząd promuje Diaprel refundacją i sprzedaje się go za 91 mln złotych (2008 r.) marnotrawiąc wysoką ceną 70 mln złotych rocznie.

Coś takiego jest nie do pomyślenia w krajach fachowo rządzonych (USA, RFN itp.).

**B01AC Inhibitory agregacji**

Najlepszym inhibitorem agregacji płytek krwi jest kwas acetylosalicylowy. Niektórym szkodzi. Dla nich opracowano ticlopidinę. Ona ma też własności antytrombotyczne, a nie podrażnia przewodu pokarmowego. Sukces. Patent. Kasa.



Duża kasa, dopóki ważny patent. Aby dłużej był monopol i duża kasa, zanim wygasł patent na ticlopidinę zrobiono i opatentowano jej kongener (w tej samej wytwórni) clopidogrel (chemicznie jest to skóra ściągnięta z ticlopidiny).

Dziś sytuacja jest taka:

Ticlopidinę można mieć po zł 1,36/DDD (500 mg) p. Aclostin.

Clopidogrel kosztuje zł 5,39/DDD (75 mg) p. Plavix.

Na szczęście ważność patentu i na clopidogrel nie trwa wiecznie. Pojawiają się już synonimy konkurencyjne, ale najtańszy jeszcze kosztuje zł 4,36/DDD. Więcej 3,2 raza niż najtańsza ticlopidina. Tu trzeba powiedzieć, że rząd ma świadomość sytuacji i aczkolwiek refunduje clopidogrel, limituje jego ordynowanie.

### **C03BA Diuretyki sulfonamidowe**

Rolę wiodącą w kardiologii i urologii pełni diuretyk tiazydowy, hydrochlorothiazid. Jeśli potrzeba zadziałać silniej, podaje się „pętlowy” furosemid. Diuretyki sulfonamidowe, clopamid, indapamid, xipamid, chlortalidon, im nie dorównują, sądząc po rynku światowym. Clopamid już wypadł z większości rejestrów. Jest jeszcze dostępny tylko w Niemczech (stosowany śladowo), Holandii, na Węgrzech i w Polsce (u nas nawet reklamowany refundacją). Kiedy był „kasowy” i opatentowany, zrobiono bardzo podobny chemicznie kongener, indapamid. Ten zrobił w Polsce staraniem Serviera zawrotną karierę.

W Niemczech stosuje się hydrochlorothiazidu 26 razy więcej niż indapamidu. W Polsce stosuje się hydrochlorothiazidu 11 razy mniej niż indapamidu!!!

Z punktu widzenia medycznego to może nie jest wielki dramat. Indapamid też obniża ciśnienie. Z punktu widzenia ekonomicznego to jest katastrofa. Przy cenie Tertensifu (indapamidu) zł 15,86/30 x 1,5 mg = zł 0,88/DDD (2,5 mg) i Hydrochlorothiazidu zł 3,74/30 x 25 mg = zł 0,125/DDD (25 mg) oraz kupowaniu Tertensifu za 101 mln (2008 r.) marnotrawi się prawie 87 mln złotych.

Za co mamy kupować chorym lekarstwa?

### **C07AB Betablokery**

Za przykładem genialnego wynalazku, propranololu, obniżającego ciśnienie (niezwykle wówczas zyskodajnego), wyprodukowano dziesiątki podobnych „ololi”. Nawet sporo lepszych, tzw. selektywnych.

Każdy mądry rząd promuje refundacją najlepsze i najtańsze. My też mamy takie: atenolol, metoprolol, bisoprolol. Ale oprócz nich zachęcamy refundacją, by stosowano acebutolol. Produkt nie najlepszy, bo już śladowo stosowany na świecie. Też nie najtańszy:

Acebutolol (Sectral) kosztuje zł 18,94/30 x 400 mg = 0,63/DDD

Atenolol (Normocard) kosztuje zł 3,13/30 x 50 mg = 0,16/DDD

Metoprolol (Metocard) kosztuje zł 7,00/30 x 100 mg = 0,35/DDD

Bisoprolol (Corectin) kosztuje zł 11,40/30 x 10 mg = 0,38/DDD

Sectral (acebutolol) nie lepszy i droższy powinien zniknąć z listy rządowej.

### **C08CA Calcium blokery**

Początek dała im rewelacyjna nifedipina. Przyczyniła nie tylko zdrowia, lecz także miliardów zysku. Prowokowała do robienia kongenerów, à la nifedipin. Powstały ich dziesiątki. Świat preferuje obecnie amlodipinę dłużej działającą, stosuje jeszcze nitrendipinę, felodipinę. Mało nifedipiny, bo jest krócej działająca.

My to wszystko wiemy i refundujemy lacidipinę, lek sprzedawany przez GlaxoSmithKline pod nazwą Lacipil. Niedostrzegalny w światowych statystykach spożycia (pożądania). W mądrych farmaceutycznie krajach (USA, RFN) wręcz niedopuszczony do obrotu.

Lacidipina (Lacipil) kosztuje zł 24,95/28 x 4 mg = 0,89/DDD (4 mg)

Amlodipina (Amlonor) kosztuje zł 7,41/30 x 5 mg = 0,25/DDD (5 mg)

Promowanie przez rząd leku gorszego i 3,6 raza droższego jest żenujące.

### **C09AA Inhibitory ACE**

Angiotensine converting enzymes (ACE) inhibitory zostały zapoczątkowane przez captopril. Odniosły zawrotny sukces. Zwłaszcza drugi po captoprilu, enalapril. Obecnie prilowych kongenerów jest już tyle, że żaden naród nie przeżyłby jeżdząc wszystkie. Rządy selekcjonują. Wszystkie rządy razem zezwalają na pożytkowanie już tylko 16 prili. My refundujemy 12. Mamy gest. Do marnotrawienia pieniędzy.

Przecież trzeba być szewcem, a nie ministrem ds. farmacji, by nie wiedzieć, że aktualnie kardiologia prilowa stoi na ramiprilu, enalaprilu i lisinoprilu. Może być każdy inny, bo wszystkie leczą. Nie może być drogi, bo w Polsce potrzeba miliard dawek rocznie i cena waży srodze, a zdrowia nie przysparza. Miliard DDD dobrych prili może kosztować 250 mln złotych, a wydajemy na nie 750 mln.

Oto ogromny rynek prili do zarządzania:

I. Część „żelazna”, poza dyskusją, ilustrowana cenami konkurencyjnymi:

Ramipril (Axtil) zł 5,94/28 x 2,5 mg = 0,21/DDD (2,5 mg)

Enalapril (Mapryl) zł 6,12/30 x 10 mg = 0,20/DDD (10 mg)

Lisinopril (Diroton) zł 12,00/28 x 10 mg = 0,43/DDD (10 mg)

Captopril (Captopril) zł 7,09/30 x 50 mg = 0,24/DDD (50 mg)

II. Część „wolnorynkowa” do dyskusji, ilustrowana cenami markowymi, najchętniej pożytkowanymi:

Benazepril (Lotensin) zł 26,30/28 x 5 mg = 1,41/DDD (7,5 mg)

Quinapril (Accupro) zł 25,93/30 x 10 mg = 1,30/DDD (15 mg)

Fosinopril (Monopril) zł 21,35/28 x 10 mg = 1,14/DDD (15 mg)

Perindopril (Prestarium) zł 31,48/30 x 5 mg = 1,05/DDD (4 mg)

Moexipril (Cardiotensin) zł 30,99/30 x 15 mg = 1,03/DDD (15 mg)

Cilazapril (Inhibace) zł 27,94/28 x 2,5 mg = 1,00/DDD (2,5 mg)

Imidapril (Tanatril) zł 24,95/28 x 10 mg = 0,89/DDD (10 mg)

Trandolapril (Gopten) zł 24,80/28 x 2 mg = 0,86/DDD (2 mg)

Wiadomo, że pojawiły się już kopie tych prili generyczne, tańsze. Jest perspektywa możliwości objęcia ich refundacją nieszkodliwą wielce dla funduszu zdrowia.

Problem ekonomiki stosowania kongenerów jest tak ważki, że pożytecznym byłoby udzielenie przez rząd wskazówek postępowania przy tworzeniu listy refundacyjnej. Podobnie jak przy identycznych synonimach różnice cen byłyby ograniczone do 25%, tak przy analogicznych kongenerach można je ograniczyć do 50%. Nie można być bardzo hojnym, jeśli pacjent ma płacić za lek podstawowy tylko zł 3,20 i NFZ ma mało pieniędzy.

### **C09BA Leki złożone „prile” + diuretyk**

Dodatkowym świadectwem beztroski rządu jest refundowanie leków markowych złożonych z prilu i diuretyku.

Chytrość koncernów jest dziecinnie rozszyfrowywalna. Każdy wie, że podstawo-

wym lekiem na hipertonię jest diuretyk. Bywa niestety często, że diuretyk pomaga za mało, daje się w zamian pril lub betabloker, albo calciumbloker. Bywa, że pril lub betabloker, albo calcium bloker też nie obniża ciśnienia zadowalająco. Więc daje się pril itp. plus diuretyk. Prawie zawsze hydrochlorothiazid. Bezpieczny. Nie przesadnie moczopędny. Tani.

Co wymyśliły koncerny i nasz rząd kupił? Włożyły do jednej tabletki razem, swój markowy pril i diuretyk. Poczym polski minister zdrowia poleca rządową listą leków stu tysiącom lekarzy:

Inhibace Plus (cilazapril+hydrochlorothiazid)	po zł 51,22/28 tabl.
Accuzide (quinapril+hydrochlorothiazid)	po zł 32,25/30 tabl.
Tritace comb. (ramipril+hydrochlorothiazid)	po zł 17,72/28 tabl.
Co-Prenessa (perindopril+indapamid)	po zł 21,48/30 tabl.

Niejeden lekarz ministra posłucha. Po co ma pisać dwie recepty, jeśli może pisać tylko jedną. Medycznie to jest to samo. A koszt? To nie jego sprawa. Od samego leczenia głowa mu pęka. Za myślenie o kosztach płaci ministrowi.

Pomyślmy razem. Tritace comb. to to samo co Axtil +Hydrochlorothiazid. Axtil kosztuje zł 5,94. Hydrochlorothiazid kosztuje zł 3,26. Łącznie oba leki kosztują zł 9,20. Minister każe kupować Tritace comb. po zł 17,72. Drożej o 93%.

Accuzide to to samo, co Q-pril + Hydrochlorothiazid. Q-pril kosztuje zł 16,24. Hydrochlorothiazid kosztuje zł 3,26. Łącznie oba leki – 19,50. Dziennik Ustaw nr 122/2009 każe płacić za Accuzide zł 32,25. Więcej o 65%. Lekarz nie demoralizowany przez ministra może zaordynować ramipril lub enalapril zamiast quinaprilu. Plus hydrochlorothiazid. Wówczas koszt wyniesie zł 6,12 + 3,26 = 9,38. A nie 32,50. Trzy i pół raza mniej.

Trzeba natychmiast anulować decyzję refundowania leków złożonych grupy C09BA. Powrócić do tego tematu, jak tylko producenci zaoferują tani pril z tanim diuretykiem w jednej tabletkie.

### **C09CA Sartany**

Genialne prile powstały u schyłku lat 1970. Captopril – 1977, Enalapril -1980. Ochrona patentowa trwała w USA 17 lat. Wielomiliardowe zyski były gwarantowane do około 1995 r. Co dalej?

Wymyślono sartany, by nimi zastąpić prile i za chronione patentami wynalazki pobierać nadal wysokie ceny bez przeszkód. Trik jest dość skuteczny, bo sartany są antagonistami angiotensyny i obniżają ciśnienie. Reklama czyni cuda. W zamożnych krajach sprzedaje się już dużo sartanów, choć na dobrą sprawę jedyną ich wyższością nad prilami jest rzadsze powodowanie odruchów kaszlowych.

My w niezamożnej Polsce nie baczmy na to, że sartany markowe kosztują podobnie do markowych prili około 1 złotego za 1 DDD.

Za rządów ministra ds. farmacji Bolesława Piechy, słynnego miłośnika ivabradyny, zrefundowano wszystkie drogie sartany, które tylko się pojawiły, bez oglądania się na cenę: losartan, valsartan, candesartan, eprosartan, irbesartan, telmisartan. Już wydajemy na nie prawie ćwierć miliarda. Co będzie dalej? Aby zapobiec ruinie, powinniśmy refundować tylko tanie kopie generyczne losartanu i kopię generyczną valsartanu. Wszystkie sartany markowe, monopolistyczne, należy wyłączyć z refundacji.

### **C09DA Sartany z diuretykami**

Identyczny trik kupiecki firm farmaceutycznych jak ten omówiony w C09BA

(prile z diuretykami). Reakcja rządu powinna być zdecydowanie krytyczna.

Komu potrzebny jest oprócz sartanu hydrochlorothiazid, niech otrzyma oddzielną receptę. Zapłaci zań tylko zł 3,20.

### **C09DB Sartan z blokerem wapnia**

Tu obserwujemy duże lekceważenie interesów pacjenta. Zrefundowano lek Exforge złożony z valsartanu i amlodipiny. Lekarz ma dostateczny rozum, by dać pacjentowi oprócz sartanu jeszcze coś, np. calcium bloker. Może dać valsartan oddzielnie, dostępny po zł 46,23 (Valsacor) i amlodipinę oddzielnie po zł 14,80 (Amlonor). Łącznie zł 61,03. Rząd doradza mu ordynować Exforge kosztujący zł 111,75. Drożej o 83%.

Nikt nigdy nie ponosi odpowiedzialności za takie decyzje.

### **C10AA Statyny**

Słusznie, czy niesłusznie, ale antycholesterolowe statyny są obecnie „największym” medykamentem na świecie. Ilościowo i wartościowo. Pierwsza – lovastatina jest obecnie trzecia. Pierwsza jest teraz atorvastatina, druga – simvastatina. My je stosujemy i refundujemy. O`kay.

Popieramy jeszcze refundacją czwartą statynę, fluvastatinę, pod nazwą markową Lescol. Jej jakość nie błyszczy, skoro jest na świecie bardzo skąpo ordynowana. My nie powinniśmy jej promować refundacją, bo kosztuje zł 67,39/28 DDD, gdy wyśmienite preparaty atorvastatyny lub simvastatyny kosztują zł 8,00-19,00/28 DDD.

Ten temat nie jest ekonomicznie ważki. Nasi lekarze, choć zachęceni refundacją, ordynują fluvastatinę zaledwie za 3 mln złotych rocznie.

### **C10AB Fibraty**

Refundujemy fenofibrat, bezafibrat i ciprofibrat. Fenofibrat, cieszący się największym uznaniem na świecie, kosztuje prawie 5 razy mniej niż bezafibrat i ciprofibrat.

Zważywszy, że fibraty z nastaniem statyn straciły znaczenie, są stosowane raczej tylko u pacjentów nie tolerujących statyn, można zacząć rozważać wyłączenie bezafibratu i ciprofibratu z refundacji.

### **G04CA Alfablokery pomocne przy przeroście prostaty**

Kto nie może lub nie chce operować powiększonej prostaty, ma z nich znaczny pożytek.

Tamsulosina	kosztuje zł 1,09/DDD (0,4 mg).	Fokusin, Ranlosin, Apo-Tamis i droższe
Terazosina	kosztuje zł 1,50/DDD (5 mg).	Kornam, Setegis.
Alfuzosina	kosztuje zł 2,12/DDD (7,5 mg).	Alugen, Alfulek.

Nie ma wiedzy, by alfuzosina była lepsza od tamsulosiny. Można ją przestać refundować.

### **J01CR Antybiotyki betalaktamowe z inhibitorem betalaktamazy**

O ile pomysł podania amoxicilliny razem z kwasem klawulanowym (Amoxiclav i inne) wciąż ma sens, pomysł połączenia ampicilliny z sulbactamem (Unasyn) – nie ma. Od początku służył raczej zyskom niż zdrowiu. Prawie nikt na świecie go nie stosuje. Refundowanie tego trochę zawstydzia nasze autorytety.

### **M01AX Leki przeciwzapalne niesteroidowe**

Błahie leki przeciwzapalne. Nawet bardzo dobre (kwas acetylosalicylowy) nie są

predestynowane do refundacji. Chory kupuje je sobie sam nawet bez recepty. Nie wiedzieć czemu my zrefundowaliśmy:

### **Nabumeton i Nimesulid**

Sporo każe się nam za to płacić – za nabumeton zł 1,98/DDD (1 g), za nimesulid zł 1,20/DDD (500 mg).

Nabumeton to taki chemiczny i farmakologiczny braciszek naproxenu. Naproxen mamy od Hasco po zł 11,35/15 x 500 mg = zł 1,51/DDD (1 g). Po co płacić zł 1,98 za coś mniej renomowanego?

Nimesulid w ogóle nie ma światowej akceptacji. Nie jest dopuszczony do stosowania w USA, Anglii, Niemczech. Jest najlepiej znany w Italii i Grecji. To nie są najwyższe autorytety farmakologiczne.

Oba te leki można skreślić z refundacji w Polsce bez szkody dla lecznictwa.

### **N04BC Agoniści dopaminy**

Do zwalczania Parkinsona promujemy refundacją Piribedil (Pronoran) oraz Ropinirol (Requip), oprócz renomowanej levodopy itd.

Ile kosztują i czy leczą?

Piribedil kosztuje zł 39,35/30 tabl 50 mg = 5,25/DDD (200 mg). Jest to dużo na tle levodopy, Sinemetu, po zł 2,89/DDD (600 mg), lub Madoparu po zł 3,14/DDD (600 mg). Ale płacilibyśmy gdyby to leczyło. Musi leczyć bardzo kiepsko skoro nie znaleźliśmy w żadnym światłym medycznie kraju poza Francją.

Minister powinien nie tylko skreślić Pronoran (piribedil) z refundacji, ale wszcząć śledztwo, kto go na taki wstyd i straty naraził.

Ropinirol jest w lepszej sytuacji. Został zarejestrowany w niejednym kraju i nawet ordynowany (nieprzesadnie). Ale to musi być kraj niebiedny. Requip kosztuje zł 66,82/21 tabl 2 mg = zł 9,55/DDD (6 mg). Ponad 3 razy drożej niż bardzo dobra levodopa.

Wnioski:

Pronoran (piribedil) skreślić z listy rządowej zaraz.

Requip (ropinirol) pozostawić na razie poleciwszy lekarzom, by obserwowali, czy pomaga lepiej od leków tańszych i renomowanych.

### **N05AE Antypsychotyki indolowe**

Schizofrenia ma być leczona bez ograniczeń. Lista leków rządowa jest wolna od uwag. Z jednym wyjątkiem – Sertindol (Serdolect).

Warto przypomnieć, że ten lek był za granicą wycofany z lecznictwa, oskarżony o to, że powoduje arytmie. Później zakaz cofnięto, ale stosowanie ograniczono do studiów klinicznych, preferując pacjentów nie tolerujących dobrze innych leków. Serdolectu (Sertindolu) nie dostaniesz do domu w aptece w Niemczech, Anglii, Francji. Może i w Polsce skreślić go z listy publicznej i pozostawić w Lz.

### **N06AX Różne przeciw depresji Tianeptina (Coaxil)**

Obok poważnych, renomowanych leków w rodzaju amitriptyliny, clomipraminy, fluoksetyny, sertraliny, mianseriny, venlafaxyny fenomenem jest tianeptina. Co ona tu robi?

Tianeptyny nie ma nigdzie, w żadnym autorytatywnym farmaceutycznie kraju (USA, Niemcy, Anglia, Szwajcaria itd.), poza Francją. U nas to ktoś wcisnął do refundacji. Tu już nie chodzi o pieniądze, zł 29,28/30 tabl 12,5 mg. Chodzi o odpowiedź

na pytanie, jak możliwa jest w kraju z wieloma uniwersytetami medycznymi tak monstrualna hucpa. Refunduje się, czyli poleca lekarzom ordynowanie leku niedopuszczonego do obrotu w krajach świątłych, dopuszczonego w Omanie, Belize, Arubie, na Antylach, Kajmanach. Na pewno. Są na to dowody na piśmie.

Lekarze polscy mają prawo ufać polskiemu ministrowi zdrowia. Skoro on zaliczył Coaxil (tianeptinę) do leków popieranych funduszem publicznym, to znaczy, że jest dobry. Stosują.

x x x

### Załącznik Nr 3

## Limity cen

Termin „limit ceny” jest bardzo klarowny. Na rynku leków takie same lub bardzo podobne produkty występują z bardzo znacząco różnymi cenami. Czynniki troszczące się o zdrowie ludności, zwłaszcza rząd dofinansowujący leki z funduszy publicznych, nie może akceptować płaćenia za wszystko dowolnych cen. Dokonuje selekcji najbardziej ważkich produktów w miarę najlepszych i najtańszych. Gdy dany środek leczniczy jest robiony przez więcej niż jednego producenta i sprzedawany po różnych cenach, wyznacza się limit ceny jakoś refundowanej. To co wystaje ponad limit jest nierefundowane, jest płacone w całości przez nabywcę.

Stosowanie w praktyce terminu limit ceny jest bardzo nieklarowne.

Rząd w ramach swych obowiązkowych zadań tworzy i publikuje wykazy leków. Ludność, a zwłaszcza lekarze mają podstawy do wierzenia, że produkty objęte wykazem są refundowane:

- w całości ceny,
- w całości ceny oprócz zł 3,20,
- w 70% ceny,
- w 50% ceny.

Tak stanowi ustawa. Natomiast rząd uzurpował sobie prawo wpisywania do tego wykazu leków dowolnie mniej refundowanych. Nawet 0%. Jak to się dokonało?

Otóż po przejściu od gospodarki „planowej” do wolnorynkowej otworzyły się granice dla droższych leków markowych. Powstawały też ich kopie generyczne, tanie. Ludzie spragnieni wolności mówili: ja proszę o ten droższy, z dopłatą. Minister Zdrowia godził się na to, gdy wiedział, że może istnieć choć nieznaczna różnica jakości. To były nieliczne, wyjątkowe przypadki. Z czasem liczba ich rosła. Doszło do tego, że dzisiaj są grupy leków, w których wszystkie synonimy i analogi są wpisywane na listę leków refundowanych bez względu na cenę. Z tym, że przy różnicach wysokości ceny Minister wyznacza część refundowaną (limit) i część pełnopłatną.

Zjawisko ma charakter masowy. Ilustruje się je konkretnie na przykładzie jednej grupy leków podstawowych, inhibitorów ACE (obniżających podwyższone ciśnienie krwi sprzyjające zawałom i udarom), które zgodnie z ustawą pacjenci powinni otrzymywać za zł 3,20.

<b>Produkt, nazwa handlowa, opakowanie</b>	<b>Cena detal.</b>	<b>Limit ceny</b>	<b>Płaci NFZ</b>	<b>Płaci pacjent</b>	<b>DDD</b>
1	2	3	4	5	6
Ramipril					2,5 mg
Apo-Rami 28 x 2,5 mg	5,47	5,02	1,82	5,65	
Tritace 28 x 2,5 mg	17,72	5,02	1,82	15,90	
Enalapril					10 mg
Enarenal 30 x 10 mg	6,12	4,86	1,66	4,46	
Mapryl 30 x 10 mg	6,12	4,86	1,66	4,46	
Lisinopril					10 mg
Diroton 28 x 10 mg	12,00	5,02	1,82	10,18	
Prinivil 28 x 10 mg	18,55	5,02	1,52	17,03	
Captopril					50 mg
Captopril 30 x 50 mg	7,09	5,39	2,19	4,90	
Benazepril					7,5 mg
Lisonid 28 x 10 mg	17,25	6,70	3,50	13,75	
Lotensin 28 x 10 mg	35,25	6,70	3,50	31,75	
Trandolparil					2 mg
Trandolapril 28 x 2 mg	13,81	5,02	1,82	11,99	
Gopten 28 x 2 mg	24,80	5,02	1,82	22,98	
Perinopril					4 mg
Prenessa 30 x 4 mg	16,39	5,38	2,18	14,21	
Prestarium 30 x 5 mg	31,48	5,38	2,18	29,30	
Cilazapril					2,5 mg
Cilan 30 x 2,5 mg	22,45	5,38	2,18	20,27	
Inhibace 28 x 2,5 mg	27,94	5,02	1,82	26,12	
Quinapril					15 mg
Q-pril 30 x 10 mg	16,24	3,59	0,39	15,85	
Accupro 30 x 10 mg	25,93	3,59	0,39	25,54	
Imidapril					10 mg
Tanatril 28 x 10 mg	21,95	5,02	1,82	23,13	
Moexipril					15 mg
Cardiotensin 30 x 15 mg	30,99	5,38	2,18	28,81	
Fosinopril					15 mg
Monopril 28 x 10 mg	21,35	3,35	0,15	21,20	

Płacenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia (kolumna 4) za leki super podstawowe kwot bliskich zero jest kpiną z refundacji. Na szczęście pacjenci nie mają krzty wiedzy o tym i rządowi nie dokuczają.

Rząd powinien z własnej inicjatywy przestać namawiać lekarzy do ordynowania prili drogich i zupełnie zbędnych (usuając je z listy leków refundowanych), uwolnić pacjentów od konieczności płacenia zł 35,25 za Lotensin, zł 31,48 za Prestarium itp., kazać wydawać im wszystkie niedrogie doskonałe prile po zł 3,20.

Stosowany w Polsce system limitów cen jest demoralizujący i szkodliwy.

Demoralizujący dlatego, że osłabia poprawną ekonomicznie tendencję producentów do konkurowania. Po co obniżać cenę, jeśli produkt bez względu na to

będzie figurował na liście leków refundowanych. Nie cena przesądza o popycie, a lista. Lekarz ma ją przed oczami. Zajęty chorobami skupia się na wyborze stosownego środka leczniczego. Nie ma czasu i głowy do poszukiwania tańszego synonimu. Skoro minister zdrowia cenę akceptował, lekarz nie czuje potrzeby decyzji ministra podważać.

Większe szanse powodzenia ma produkt droższy. Producent tani nie ma pieniędzy na promocję. Producent drogi może często przypominać się ze swoją nazwą handlową.

Tę prawdę po wielokroć potwierdzają statystyki obrotów lekami.

Cynizm systemu limitu ceny polega na tym, że minister zdrowia o nim przesądza i zań grosza nie płaci. Pompowanie tym systemem zawrotnych milionów do kieszeni drogich wytwórców odbywa się z kieszeni na ogół biednych pacjentów.

Na domiar złego ta eksploatacja stale rośnie. Lista leków refundowanych co jakiś czas ulega korekcie. Te same leki drożeją i tanieją. Nieszczęście jest wtedy, kiedy pojawia się synonim lub analog tańszy od najtańszego. Wówczas minister zdrowia mechanicznie obniża limit ceny i pacjenci płacą odpowiednio więcej za wszystkie synonimy i analogi. Skoki cen w dół rzadko są wielkie, ale skutkują obniżeniem limitów cen setek leków sprzedawanych w ilości może nawet 100 mln opakowań. Przy okazji każdej korekty listy chorzy mogą stracić setki milionów złotych.

Materiał dowodowy jest nazbyt obszerny, by go pomieścić w wykładzie. Niech wystarczy ujawnienie prawdy limitowej tylko o lekach „dużych” w sensie ilości ordynowanych opakowań, bo uszczerbek pacjentów jest funkcją ilorazu zmiany limitu ceny i ilości pobieranych „cen”. Jeśli lek jest robiony i stosowany w różnych dawkach, informacje ograniczamy do jednej dawki często stosowanej. To też da obraz skali zjawiska.

Jeśli lek jest oferowany przez wiele firm pod różnymi nazwami, podajemy tylko nazwę międzynarodową i liczbę synonimów w nawiasie

Lek, ilość, dawka	Limit ceny (2009)		
	przed 16/XII	po 16/XII	wzrost dopłaty pacjenta
<b>A02BC</b>			
Omeprazol (15) 14 x 20 mg	13,99	12,61	1,38
Pantoprazol (10) 14 x 40 mg	13,99	12,61	1,38
Lansoprazol (9) 14 x 30 mg	13,99	12,61	1,38
<b>A10BB</b>			
Glimepirid (21) 30 x 2 mg	10,77	9,88	0,89
Gliclazid (9) 60 x 80 mg	10,77	9,88	0,89
<b>C08CA</b>			
Amlodipina (17) 30 x 10 mg	16,95	14,80	2,15
Felodipina (2) 28 x 10 mg	15,82	13,81	2,01
<b>C09AA</b>			
Ramipril (12) 28 x 5 mg	11,15	10,05	1,10
Perindopril (8) 30 x 4 mg	5,97	5,38	0,59
Lisinopril (6) 28 x 10 mg	5,57	5,02	0,55
<b>C10AA</b>			
Atorvastatyna (10) 30 x 20 mg	25,98	22,90	3,10
Simvastatyna (19) 30 x 20 mg	17,32	15,26	2,06
Lovastatyna (7) 30 x 20 mg	8,66	7,63	1,03



Lek, ilość, dawka	Limit ceny (2009)		
	przed 16/XII	po 16/XII	wzrost dopłaty pacjenta
<b>D01BA</b>			
Terbinafina (11) 14 x 250 mg	48,84	42,92	5,92
<b>G04CB</b>			
Finasterid (19) 30 x 5 mg	50,99	40,24	10,75
<b>J01FA</b>			
Azithromycyna (12) 3 x 500 mg	33,27	30,49	2,78
<b>M05BA</b>			
Alendronian (10) 4 x 70 mg	19,00	14,55	4,45
Alendronian (6) 30 x 10 mg	20,36	15,59	4,77
<b>N02AB</b>			
Fentanyl (8) 5 x 50 mcg/h	158,17	110,072	47,45
<b>N05AH</b>			
Olanzapina (8) 30 x 10 mg	255,13	224,30	30,83
<b>N05AX</b>			
Risperidon (17) 20 x 4 mg	60,61	48,49	12,12
<b>N06AX</b>			
Venlafaxina (8) 28 x 75 mg	57,73	54,50	3,23
Fluoksetina (8) 30 x 20 mg	15,28	13,52	1,76
Sertralina (13) 30 x 50 mg	15,28	13,52	1,76
Paroksetina (7) 30 x 20 mg	15,28	13,52	1,76
<b>R03AC</b>			
Formoterol (6) 60 x 9 mcg	68,01	46,50	21,51
<b>R03DC</b>			
Montelukast (6) 28 x 10 mg	126,76	75,03	51,73
<b>S01EC</b>			
Dorzolamid (3) krople 5 ml	41,45	36,02	5,43
Brinzolamid (1) krople 5 ml	41,45	36,02	5,43

Ilustracją objęto 286 leków zawierających tylko 29 substancji leczniczych. Kto się temu przyjrzy w oparciu o statystyki wielkości obrotów NFZ, ilości kupowanych opakowań, będzie miał obraz paradoksalnego wzrostu obciążania pacjentów w miarę wzrostu starań producentów o obniżenie cen.

Limitowanie cen leków refundowanych jest chore. Konkurencja producentów leków już nieopatentowanych prowadząca do ich tanienia ma zmniejszać wydatki klienteli. Tak jest na innych rynkach, bo klientela rezygnuje z dostawców drogich. Na rynku leków rząd działający w imieniu klientów niechętnie korzysta z błogosławieństwa konkurencji i popiera wysokie ceny je refundując, a nie mając na tę ekstrawagancję środków w budżecie, każe pacjentom za nią płacić. Ma szczęście, że oni o tym nie wiedzą.

Towarzystwo Farmaceutyczno-Ekonomiczne

**Uchwała Walnego Zebrania Członków TFE dotycząca odwołania  
dr. Marka Twardowskiego z zajmowanego stanowiska**

Warszawa, 21 grudnia 2009 r.

***Prezes Rady Ministrów  
Donald Tusk  
Warszawa***

*Szanowny Panie Premierze,*

*Ponawiamy zdecydowanie starania o więcej profesjonalizmu w rządzie farmaceutycznym. Jesteśmy rządowi życzliwi. Podpowiadaliśmy nieraz potrzebne rozwiązania. Bez skutku.*

*Szef rządowej farmacji, dr. med. Marek Twardowski, jest człowiekiem bardzo zacnym, prawnym, inteligentnym, ale jednocześnie zarozumiałym. Nie chce sobie uświadomić, że nie mając wiedzy o gospodarce lekami, powinien się uczyć. Słuchać głosów specjalistów wiedzę posiadających.*

*Doszło już do tego, że na Walnym Zebraniu Członków naszego Towarzystwa zapadła uchwała, by wystąpić do Prezesa Rady Ministrów o odwołanie dr. Marka Twardowskiego z zajmowanego stanowiska. Co niniejszym czynimy. Kopia uchwały w załączeniu.*

*Z poważaniem,*

*Dr Tadeusz J. Szuba  
Prezes Zarządu*

*Otrzymują do wiadomości:*

- Szef doradców Premiera Michał Boni,*
- Minister Zdrowia Ewa Kopacz,*
- Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Grzegorz Kucharewicz*

Warszawa, 8 grudnia 2009 r.

**Wyciąg z protokołu  
z Walnego Zebrania Członków  
Towarzystwa Farmaceutyczno-Ekonomicznego  
w dniu 7/XII/2009 r.**

Uchwała dotycząca v-ministra ds. farmacji dr. Marka Twardowskiego

Wystąpić do Prezesa Rady Ministrów i prosić Naczelną Radę Aptekarską, by równoległe też wystąpiła, o odwołanie dr. Marka Twardowskiego z zajmowanego stanowiska.

Uzasadnienie

Gospodarka lekami jest wadliwa. Zaopatrzenie ludności w leki jest gorsze aniżeli mogłoby być, przy danej zamożności kraju. Dlatego, że rząd farmaceutyczny jest niekompetentny. Zwracaliśmy na to uwagę niejednokrotnie w konkretnych sprawach z minimalnym skutkiem. Wg naszych szacunków wciąż marnotrawi się, wskutek nieudolności dr. Twardowskiego, 2-3 mld złotych rocznie, refundując leki gorsze i droższe.

Te szkody są poufne, nie oprotestowywane, a nawet dla niektórych korzystne, mile widziane. Nasz kielich goryczy przelał się 3 grudnia. Pokazano w telewizji tłum ludzi oblegający aptekę i wywiad z v-min. Twardowskim. Pustosłowie. Takiego upadku farmacji nawet w dniu PRL`u nie było. Tu już nie chodzi o publiczne pieniądze, a kompromitację Polski w Unii Europejskiej.

Nie ma szans na poprawę sytuacji. V-min. Twardowski, miast popierać, tępi ludzi, wybitnych fachowców, społeczników, zdolnych do poprawiania gospodarki lekami bezinteresownie. Przykład: Agencja oceny leków (zwanych technologiami medycznymi), decydująca o tym, co stosować, a czego nie, w Radzie Konsultacyjnej nie ma ani jednego farmaceuty. Dyrektor Agencji wystąpił do Naczelnej Izby Aptekarskiej o choć jednego. Ta wytypowała jednego członka Naczelnej Rady Aptekarskiej, bezsprzecznie uczciwego, społecznika, znawcę leków. Idealnego kandydata. Ten wybitny, nieposzlakowany farmaceuta został utracony przez v-min. Twardowskiego. Dlaczego? Bo robi co potrzeba i głosi prawdę, która godzi w ministerialną niekompetencję.

Wojna MZ i NIA toczy się już kilka miesięcy, a AOTM pracuje bez farmaceuty. Tu już chodzi nie tylko o dobrą selekcję leków do refundacji, ale o honor tysięcy farmaceutów. Kto w Polsce ma mieć wpływ na sytuację lekową, najwybitniejsi fachowcy wyselekcjonowani w wyborach demokratycznych, czy dygnitarze nie mający zielonego pojęcia o gospodarce lekami?

Sprawa zamiany „szefa” polskiej farmacji-ignoranta, na fachowca, jest bardzo pilna. Wiele ważnych spraw nie cierpiących zwłoki mamy do załatwienia.

Za zgodność

Sekretarz,  
Mgr Adam Rudzki

**Towarzystwo Farmaceutyczno-Ekonomiczne**

**Słowa uznania dla Izb Aptekarskich**

Izby Aptekarskie czynią dużo dobrych uczynków. Nie mówi się o tym, bo wiele z nich, to w pewnym sensie robota zawodowa, nawet obowiązkowa.

Poświęćmy kilka słów godnej pochwały pracy ponadobowiązkowej, dobrze służącej naszej profesji. Na przykładzie Izby stołecznej, warszawskiej.

Od lat organizuje ona staraniem Zarządu, Biura, zwłaszcza jego dyrektora Waldemara Firka, koncerty noworoczne. To są ogromne imprezy gromadzące tłumy aptekarzy i niemało dostojnych gości. Repertuar i wykonawcy na najwyższym poziomie. Galę prowadzi popularny specjalista Bogusław Kaczyński.

Bilety nietanie, ale kupowane z przyjemnością, bo cały dochód ma przeznaczenie charytatywne, np. na wsparcie finansowe Domu w Laskach opiekującego się dziećmi niewidomymi.

Koncerty odbywają się w pięknym Teatrze Polskim, zapadają w ucho tak serdecznie, że pamięta się je bardzo długo.

Dobre uczynki są „zaraźliwe”. Inicjatywa Izby warszawskiej jest powielana przez inne Izby, np. śląską, krakowską.

Niech żyje promocja kultury i dobroczynności w wykonaniu Izb Aptekarskich.