

Polityka refundacji wyrobów leczniczych w krajach europejskich

Justyna Kujawska*

Streszczenie: *Cel* – Charakterystyka polityki refundacji leków oraz wysokości wydatków na produkty farmaceutyczne w krajach europejskich.

Metodologia badania – Analiza literatury dotyczącej polityki refundacji produktów farmaceutycznych. Analiza informacji statystycznych dotyczących publicznych i prywatnych wydatków na zakup produktów farmaceutycznych.

Wynik – W państwach Europy Zachodniej zakupy produktów farmaceutycznych w znacznej części są finansowane ze środków publicznych. Niedobory w finansowaniu publicznym pokrywane są często poprzez prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Obywatele państw Europy Środkowo-Wschodniej częściej korzystają z leków generycznych niż innowacyjnych. Przeważa finansowanie prywatne nad publicznym. Niski udział ubezpieczeń prywatnych powoduje, że wydatki na leki są znaczącą pozycją w wydatkach bezpośrednich gospodarstw domowych.

Oryginalność/wartość – Istnieje niewiele opracowań dotyczących analizy porównawczej krajów w zakresie refundacji leków.

Słowa kluczowe: polityka refundacji leków, wydatki publiczne i prywatne na produkty farmaceutyczne

Wprowadzenie

Wielkość rynku farmaceutycznego określa się poprzez wartość sprzedaży leków producentów, hurtowni i aptek. Równolegle funkcjonuje sprzedaż wyrobów medycznych dla szpitali, zarówno z hurtowni, jak też bezpośrednio od producentów. Obroty netto rynku farmaceutycznego w Polsce w 2014 roku wyniosły ponad 17 mld zł (4,4 mld euro). W przeliczeniu na mieszkańca zajmujemy jedno z ostatnich miejsc w UE (115 euro). W prezentowanym roku apteki sprzedały leki o wartości 28 496 mln zł (wzrost w stosunku do roku poprzedniego o 2,7%), natomiast szpitale zakupiły leki i materiały medyczne za 4343 mln zł i był to wzrost o 14,7% w porównaniu z rokiem 2013. Ceny leków w Polsce są niskie w porównaniu z państwami Europy Zachodniej. W przypadku leków innowacyjnych odchylenie od średniej wynosi ponad 50%, natomiast leków generycznych (tańszych zamienników o podobnym działaniu klinicznym) około 30% poniżej średniej (IMS 2013). Pomimo tej sytuacji wydatki na produkty farmaceutyczne są istotną składową wydatków ogółem na ochronę zdrowia. Wydatki na leki wykazują tendencję rosnącą, przy czym w ostatnich latach można

* dr Justyna Kujawska, Politechnika Gdańska, Wydział Zarządzania i Ekonomii, e-mail: Justna.Kujawska@zie.pg.gda.pl.

zaobserwować zmniejszenie udziału wydatków publicznych oraz wzrost wydatków prywatnych, szczególnie wydatków bezpośrednich (*out of pocket*). Apteki realizują sprzedaż leków dla pacjentów na receptę lekarską (Rx) oraz sprzedaż wyrobów medycznych bez recepty. Leki na receptę są sprzedawane z dopłatą ze środków publicznych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) lub ze 100% odpłatnością pacjenta. Bardzo silnie rozwija się rynek leków oraz środków niemających statusu leków (materiałów opatrunkowych, suplementów diety, odżywek, leków homeopatycznych, ziół) sprzedawanych bez recepty – rynek produktów OTC (*over-the-counter*), realizowany przez apteki i sklepy spożywcze. Szacuje się, że w 2014 roku wartość sprzedaży produktów OTC wyniosła 9,7 mld zł (PMR 2015).

Celem opracowania jest analiza zasad refundacji leków oraz wysokości wydatków na produkty farmaceutyczne w krajach europejskich. Badaniem objęto kraje europejskie należące do OECD ze względu na kompletność i porównywalność zbieranych informacji statystycznych, dołączając niektóre kraje, które nie są członkami OECD, a należą do Unii Europejskiej (UE).

1. Zasady refundacji produktów farmaceutycznych

Wydatki na produkty farmaceutyczne w Niemczech, Francji, Włoszech, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii stanowią około 70% obrotów wszystkimi farmaceutykami w UE. Należy jednak zauważyć, że rynek produktów farmaceutycznych rozwija się bardzo dynamicznie zarówno w wolumenie, jak i wartości sprzedaży. Rosnące ceny leków powodują, że wielu ludzi nie ma do nich dostępu, nawet w krajach wysoko rozwiniętych (Henry, Lexchin 2002, s. 1590). Ceny leków innowacyjnych (opatentowanych) znacznie przekraczają marginalne koszty ich produkcji, co ma rekompensować bardzo wysokie koszty, które pochłonęły badania i rozwój.

Osoby odpowiedzialne za politykę zdrowotną starają się regulować rynek farmaceutyczny przez wpływanie na ceny leków (Carone, Schwierz, Xavier 2012, s. 1). Taka polityka przyczyniła się do zmniejszenia wydatków na wyroby medyczne oraz zapewniła stabilność finansową systemów ochrony zdrowia w latach kryzysu (Vogler i in. 2011, s. 75–77). Ciężar odpłatności za wyroby farmaceutyczne został przesunięty ze środków publicznych na prywatne (Leopold i in. 2014, s. 636).

Zasady refundacji leków są kształtowane indywidualnie przez kraje europejskie. Wszystkie państwa członkowskie UE oraz Szwajcaria, Norwegia i Islandia posiadają pozytywne lub/i negatywne listy leków refundowanych. Większość państw posiada listy pozytywne, czyli wykazy leków, które podlegają refundacji. Listy negatywne funkcjonują w Niemczech, Wielkiej Brytanii i Hiszpanii. Nie istnieją porównania dotyczące rozległości list refundacyjnych. Zmniejszenie liczby leków na liście skutkuje wymiernymi oszczędnościami w wydatkach publicznych na produkty farmaceutyczne. Państwa wpływają na wysokość wydatków publicznych na leki przez ustalanie cen wewnętrznych (Vogler, Habimana 2014, s. 8–9) oraz wysokość refundacji leków. Cena wewnętrzna oznacza maksymalną



cenę, po jakiej lek może być sprzedawany w aptekach w danym kraju. Jest ona ustalana na podstawie cen innych leków wymiennych, które posiadają, według klasyfikacji anatomiczno-chemiczno-terapeutycznej, tę samą substancję czynną (ATC-5) lub należą do tej samej podgrupy chemicznej (ATC-4), ewentualnie podgrupy farmakologicznej (ATC-3). Ingerencja dotyczy wysokości marż, jaką mogą stosować hurtownie proponując cenę hurtową i apteki ustalając cenę detaliczną. Marże są ustalane w postaci stałej opłaty, metody liniowej, regresywnej, zależnej od przypadku oraz mieszanej i wahają się średnio w granicach 17% w Rumunii do 48% w Luksemburgu. Dokładając koszty dystrybucji i VAT, cena detaliczna może być nawet o 90% wyższa od hurtowej (Kanavos i in. 2011, s. 3–6). W Polsce leki refundowane są objęte stałą marżą hurtową wynoszącą 5% (metoda liniowa). Cenę detaliczną ustala się w sposób regresywny. Jeśli cena hurtowa mieści się w określonym przedziale cenowym, to cenę detaliczną wyznacza się jako ustaloną kwotę charakterystyczną dla danego przedziału plus procentowy narzut na przyrost ceny ponad dolną granicę przedziału. Wraz ze wzrostem ceny leku maleje wysokość narzutu procentowego (Ustawa 2011). Różne są także stawki VAT na produkty farmaceutyczne. Część krajów przyjmuje stawkę podstawową, inne obniżoną, a w Wielkiej Brytanii leki refundowane przez National Health Service (NHS) nie są objęte podatkiem od wartości dodanej. Marże na produkty OTC w większości krajów nie podlegają ingerencji władz (wyjątek stanowią Cypr i Portugalia dla refundowanych OTC).

We wszystkich państwach europejskich lek, aby mógł być sprzedawany, musi być dopuszczony w danym kraju do obrotu. Od wydania pozwolenia do pojawienia się leku w aptece upływa często ponad pół roku. Tylko w Niemczech i Wielkiej Brytanii dzieje się to prawie natychmiastowo, a w krajach skandynawskich, Bułgarii, Holandii i na Węgrzech zajmuje do 30 dni. Trwają prace nad dyrektywą, która przyśpieszy wejście do obrotu leków innowacyjnych do 120 dni, a leków generycznych do 30 dni. Innym problemem jest opóźnienie we wchodzeniu na rynek leków generycznych, spowodowane obowiązywaniem okresu patentowego na lek oryginalny. Proponuje się ustanowienie patentu wspólnotowego oraz specjalistycznego sądowego systemu rozstrzygania sporów.

W państwach europejskich funkcjonuje system podziału zysku aptek z płatnikiem publicznym. Jeśli apteka uzyska upust cenowy od hurtownika w stosunku do obowiązującej ceny maksymalnej, to wypracowane dzięki temu oszczędności refundacyjne przekazuje do publicznego płatnika (Carone i in. 2012, s. 28).

W większości krajów europejskich tylko lekarze i lekarze dentyści mają prawo wystawiania recept. W co najmniej 24 krajach istnieje bieżący monitoring wydatków publicznych na produkty farmaceutyczne. Jest on realizowany poprzez przegląd wystawionych recept elektronicznych i papierowych. Decyzje lekarzy odnośnie wyboru produktu farmaceutycznego są wspomagane programem komputerowym, ustalone są dla nich pułapy wydatków budżetowych (rocznych, miesięcznych), natomiast farmaceuci mają obowiązek zaproponowania tańszego zamiennika leku. W sześciu krajach (w Estonii, Grecji, na Litwie, w Portugalii, Rumunii i we Włoszech) lekarze muszą wypisywać recepty posługując się



międzynarodową nazwą niezastrzeżoną leku (INN – *international non-proprietary name*), co obliguje farmaceutę i pozwala pacjentowi wybrać najtańszy jego zamiennik, zawierający wskazaną substancję czynną. Posługiwanie się INN jest zabronione w czterech krajach (w Austrii, na Cyprze, w Danii i Szwecji). W Holandii program komputerowy do wystawiania recept zamienia nazwę marki leku na nazwę zamiennika (Zuidberg 2010, s. 36). Farmaceuci mają obowiązek zaproponować pacjentowi tańszy zamiennik leku, który został wskazany na receptce w dziewięciu krajach (w Niemczech, Danii, Grecji, Hiszpanii, Finlandii, Portugalii, Rumunii, Szwecji, Słowacji), w sześciu jest to działanie zabronione (w Austrii, Belgii [z wyjątkiem antybiotyków], Bułgarii, Irlandii, Luksemburgu, Wielkiej Brytanii), natomiast w pozostałych krajach dozwolone.

W zdecydowanej większości krajów zakup leków, materiałów medycznych oraz sprzętu jednorazowego dla szpitali i przychodni przyszpitalnych odbywa się w wyniku przetargu publicznego. Natomiast w Niemczech i Holandii zakup produktów farmaceutycznych dla celów ambulatoryjnych rozstrzygany jest w wyniku zamówień publicznych. Rozstrzygnięcia przetargowe obowiązują w okresie 3–6 miesięcy.

Kraje europejskie stosują różne stawki refundacji leków. Najczęściej leki podstawowe lub niezbędne w terapii są refundowane w 100%. Z 80% refundacją sprzedawane są leki dla chorych przewlekle oraz z 60% refundacją pozostałe leki. W Polsce leki podstawowe są refundowane ryczałtowo, a niektóre są bezpłatne (wykorzystywane w leczeniu nowotworów złośliwych, zaburzeń psychicznych, upośledzenia umysłowego, zaburzeń rozwojowych lub chorób zakaźnych o szczególnym zagrożeniu). Opłata ryczałtowa nie może przekroczyć 0,5% minimalnego wynagrodzenia. Leki uzupełniające są sprzedawane z odpłatnością 30% lub 50% rzeczywistej ceny leku. Niektóre państwa, np. Belgia czy Szwajcaria stosują pułap opłaty, po przekroczeniu którego wszystkie kupowane przez pacjenta leki w danym roku są bezpłatne.

Jak wskazują badania, ze względów oszczędnościowych opłaca się wprowadzać niewielką odpłatność pacjentów za zakupione leki. Przyczynia się ona do racjonalności zakupów i spożycia leków, a przy okazji ogranicza refundacyjne wydatki publiczne (Puig-Junoy, García-Gómez, Casado-Marín 2011, s. 24; OECD 2008, s. 17). Zbyt wysoki poziom odpłatności *out of pocket* powoduje rezygnację z zakupu części lub całości leków i przyczynia się do pogorszenia wyników zdrowotnych (Cutler, Everett 2010, s. 1554).

2. Wydatki na produkty farmaceutyczne w krajach europejskich

Przedstawiona polityka skutkuje różnym poziomem cen w poszczególnych krajach i zróżnicowanym poziomem refundacji leków. Generalnie należy zauważyć, że ceny produktów farmaceutycznych w krajach Europy Zachodniej są wyższe, więcej leków podlega refundacji oraz wyższy jest jej poziom, w porównaniu z krajami Europy Wschodniej (Vogler i in. 2008, s. 126). W krajach Europy Wschodniej obserwuje się wysoki i rosnący udział finansowania prywatnego (w tym dopłat do leków wydawanych na receptę), nieefektywność w doborze



leków refundowanych, co przy braku ubezpieczeń zdrowotnych dobrowolnych prowadzi do rezygnacji z zakupu lub naraża pacjenta na nadmierne wydatki (Xu i in. 2005, s. 1).

W tabeli 1 przedstawiono wydatki ogółem i publiczne *per capita* na produkty farmaceutyczne, ich udział w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia oraz udział w Produkcje Krajowym Brutto (PKB)¹.

Tabela 1

Wydatki na leki i inne wyroby medyczne w krajach europejskich w 2013 roku

Kraje	Udział wydatków na produkty farmaceutyczne w PKB w %	Wydatki na produkty farmaceutyczne <i>per capita</i> w USD PPP	Udział wydatków na produkty farmaceutyczne w wydatkach bieżących na zdrowie	Udział wydatków publicznych na produkty farmaceutyczne w PKB w %	Wydatki publiczne na produkty farmaceutyczne <i>per capita</i> w USD PPP	Udział wydatków publicznych na produkty farmaceutyczne w wydatkach bieżących na zdrowie	Udział wydatków sektora prywatnego na produkty farmaceutyczne w PKB w %	Wydatki sektora prywatnego na produkty farmaceutyczne <i>per capita</i> w USD PPP
Austria	1,2	455,2	12,1	0,8	309,1	8,2	0,4	146,2
Belgia	1,5	490,0	14,2	1,0	325,5	9,5	0,5	164,5
Czechy	1,4	343,5	19,7	0,9	212,7	12,2	0,5	130,8
Dania	0,7	217,1	6,3	0,3	92,3	2,7	0,4	124,8
Estonia	1,1	216,6	18,8	0,6	117,0	10,1	0,5	99,5
Finlandia	1,2	383,0	13,8	0,6	202,5	7,3	0,6	180,4
Francja	1,7	514,9	15,1	1,1	357,7	10,5	0,5	157,2
Grecja	2,8	573,1	30,5	1,9	381,5	20,3	0,9	191,6
Hiszpania	1,6	435,4	18,8	1,0	264,1	11,4	0,6	171,3
Holandia	0,9	331,3	7,7	0,7	264,8	6,2	0,2	66,5
Irlandia	1,4	542,8	-	1,1	423,8	-	0,3	119,1
Islandia	1,2	446,2	13,5	0,4	169,0	5,1	0,7	277,2
Litwa	1,7	344,1	28,3	0,6	116,3	9,6	1,1	227,8
Luksemburg	0,6	293,9	-	0,5	240,2	-	0,1	53,7
Łotwa	1,5	264,6	28,0	0,5	92,3	9,8	1,0	172,2
Niemcy	1,5	562,1	14,1	1,2	419,7	10,5	0,4	142,4
Norwegia	0,7	340,5	7,5	0,4	195,9	4,3	0,3	144,6
Polska	1,4	260,8	21,6	0,4	83,5	6,9	0,9	177,2
Portugalia	1,4	302,3	15,6	0,8	165,1	8,5	0,6	137,2
Słowacja	2,0	439,7	26,5	1,3	293,2	17,7	0,7	146,5
Słowenia	1,8	434,1	20,4	0,9	210,1	9,9	0,9	224,0
Szwajcaria	1,2	515,0	11,0	0,8	335,3	7,2	0,4	179,7
Szwecja	1,1	402,1	10,1	0,6	209,9	5,3	0,5	192,2
Węgry	2,3	400,7	30,6	1,0	171,1	13,1	1,3	229,6
Włochy	1,6	440,5	18,6	0,8	217,7	9,2	0,8	222,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD.Stat.

¹ Informacje statystyczne dotyczące wydatków farmaceutycznych nie są kompletne. Wiele państw nie publikuje wymaganych danych, stąd różna liczba krajów w tab. 1 i 2. Autor analizy statystycznej wzbogacił informacjami z Eurostatu wyrażonymi w euro, dotyczącymi wydatków na leki, przede wszystkim w Bułgarii i w Rumunii.



Wydatki ogółem na produkty farmaceutyczne w 2013 roku stanowiły od 0,6% PKB w Luksemburgu do 2,8% PKB w Grecji, natomiast w Bułgarii wyniosły 3,3% PKB, przy całkowitych wydatkach na zdrowie wynoszących 7,9% PKB, a w Rumunii 1,8% PKB. W przeliczeniu na osobę najwięcej na leki wydaje się w Grecji, Niemczech, Irlandii i Szwajcarii – ponad 500 USD, uwzględniając siłę nabywczą waluty (*purchasing power parity* – PPP). Najniższe wydatki *per capita* można zaobserwować w Estonii, Danii, Polsce, na Łotwie i w Luksemburgu (216 USD PPP – 294 USD PPP). Średnio obywatele Polski wydają na leki 45% wydatków Niemców. Stosując ten sam przelicznik, przeciętny mieszkaniec Rumunii wydaje na leki 24%, a Bułgar 36% wydatków przeciętnego Niemca.

Odnosząc wydatki na produkty farmaceutyczne do wydatków bieżących na ochronę zdrowia, najwięcej, bo ponad 30% wydają Węgrzy i Grecy, a nieco mniej niż 30% Litwini, Łotysze i Słowacy. Najniższy udział tych wydatków obserwuje się w Danii (6,3%), Norwegii (7,5%), Holandii (7,7%), Szwecji (10%) i Szwajcarii (11%). W Rumunii wydatki na farmaceutyki i inne wyroby medyczne stanowiły w 2013 roku 35%, a w Bułgarii 42% wydatków bieżących.

Kraje z wysokim finansowaniem publicznym zakupu leków w PKB to Grecja (1,9%), Słowacja (1,3%), Niemcy (1,2%) i Francja (1,1%). Niski udział finansowania publicznego (w przedziale 0,3–0,5%) PKB występuje w Danii, Islandii, Norwegii, Polsce, Luksemburgu, na Łotwie. Jest to tendencja bardzo pozytywna, jeśli nie jest powiązana z wysokim udziałem finansowania prywatnego w PKB. Wysoki udział finansowania prywatnego występuje na Węgrzech, Litwie, Łotwie, w Grecji, Polsce, Słowenii i we Włoszech – przedział wielkości 1,3–0,8%. Najwyższy udział finansowania publicznego w wydatkach na leki występuje w Luksemburgu (81%), tylko nieco niższy w Holandii i Irlandii (79%–78%) oraz w Niemczech (75%). Najniższy udział finansowania publicznego (refundacji) w wydatkach ogółem występuje na Łotwie, Litwie i w Polsce (35–32%). Wydatki publiczne na produkty farmaceutyczne mają wysoki udział w wydatkach bieżących na zdrowie w Grecji (powyżej 20%). Udział wydatków powyżej 10% występuje we Francji, Niemczech, Czechach, Hiszpanii, na Węgrzech i w Słowenii (przedział wielkości odpowiednio 10,5–17,7%). Niski udział wydatków publicznych w wydatkach bieżących występuje w Danii (2,7%), która z wydatków publicznych refunduje średnio tylko 43% wartości leków. Inne kraje skandynawskie refundują zakup leków ze środków publicznych średnio w pięćdziesięciu kilku procentach.

Finansowanie zakupu leków z ubezpieczenia prywatnego jest szczątkowe w państwach europejskich, najwyższe, wynoszące 5,5% wydatków bieżących, występuje w Słowenii, 2,1% we Francji i 1,6% na Węgrzech.

Wykorzystując opracowanie przygotowane dla Komisji Europejskiej (Carone i in. 2012, s. 8–9) należy dodać, że w 2010 roku w Wielkiej Brytanii udział finansowania publicznego stanowił 90% ogółu wydatków na leki, zaś w tym czasie w Bułgarii tylko 18%, a na Cyprze 24%.

Coraz większy wpływ na wydatki gospodarstw domowych na leki mają wydatki na produkty OTC. W tabeli 2 przedstawiono wydatki na leki na receptę i produkty z grupy OTC w 2013 roku, ich udział w PKB, w wydatkach bieżących oraz w wydatkach bezpośrednich.



Porównanie dotyczy grupy tylko 20 krajów, gdyż informacje dla innych państw nie były dostępne. Najwyższe wydatki na leki na receptę na osobę wystąpiły w Niemczech – 496 USD, ponadto wydatki powyżej 400 USD można zauważyć również w Belgii, Francji i Słowacji. Najniższe średnie wydatki na leki na receptę na osobę zaobserwowano w Polsce (123 USD), na Litwie (134 USD), w Danii (144 USD) i Estonii (157 USD). Zmienna „wydatki publiczne na leki *per capita* w USD” została pominięta, gdyż jej zbieżność ze zmienną „wydatki publiczne na produkty farmaceutyczne *per capita* w USD” wynosiła 99,5%. Różnice w wielkości wynikają z finansowania innych wyrobów medycznych niż leki, np. sprzętu ortopedycznego, protetyki słuchowej, optyki okularowej, innych środków pomocniczych. Natomiast najwyższe wydatki sektora prywatnego na leki na receptę zauważono na Węgrzech – 225 USD na mieszkańca. Wysokie były także w Słowacji, Norwegii, Słowenii, Finlandii, na Łotwie i w Belgii – powyżej 100 USD na mieszkańca rocznie. Należy jednak zauważyć różnice w średnich dochodach obywateli, np. średnia pensja na Łotwie to najwyżej połowa średniej pensji w Belgii czy Finlandii.

Tabela 2

Wydatki na leki na receptę i leki OTC w 2013 roku

Kraje	Wydatki na leki na receptę <i>per capita</i> w USD PPP	Wydatki sektora prywatnego na leki na receptę <i>per capita</i> w USD PPP	Udział wydatków na leki na receptę w PKB w %	Wydatki na produkty OTC <i>per capita</i> w USD PPP	Udział wydatków na produktach OTC w PKB w %	Udział wydatków <i>out of pocket</i> na produkty farmaceutyczne w wydatkach bieżących na zdrowie
Austria	353,0	44,0	0,9	91,2	0,2	3,8
Belgia	423,3	100,5	1,3	64,0	0,2	4,7
Czechy	254,1	56,1	1,0	70,8	0,3	7,5
Dania	144,1	56,8	0,4	36,6	0,1	3,3
Estonia	157,2	50,2	0,8	46,8	0,2	8,6
Finlandia	318,4	115,8	1,0	51,9	0,2	6,4
Francja	407,7	68,4	1,3	85,7	0,3	2,5
Hiszpania	286,4	32,0	1,1	133,5	0,5	7,4
Islandia	272,9	108,3	0,7	82,6	0,2	7,9
Litwa	134,2	27,1	0,7	-	-	18,6
Luksemburg	266,8	48,3	0,6	-	-	-
Łotwa	201,1	110,9	1,1	37,0	0,2	18,1
Niemcy	495,8	76,0	1,4	66,3	0,2	2,5
Norwegia	285,4	127,2	0,6	-	-	3,2
Polska	123,7	41,5	0,7	133,2	0,7	14,6
Słowacja	439,7	146,5	2,0	-	-	8,8
Słowenia	311,5	116,8	1,3	97,1	0,4	5,0
Szwajcaria	398,0	62,7	0,9	94,8	0,2	3,6
Szwecja	271,2	75,1	0,7	101,1	0,3	4,8
Węgry	382,6	225,1	2,2	-	-	13,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD.Stat.



Udział wydatków na leki na receptę w PKB jest najwyższy na Węgrzech i w Słowacji, odpowiednio 2,2 i 2,0% a najniższy w Danii 0,4% PKB. Najwyższe wydatki na produkty OTC na osobę wystąpiły w Hiszpanii, Polsce i Szwecji, odpowiednio 133,5 USD, 133,2 USD i 101,1 USD. W Polsce, od momentu publikacji danych w bazie OECD, czyli od 2004 roku, obserwuje się wysokie wydatki na produkty OTC, natomiast w Hiszpanii i Szwecji pojawiły się one w ostatnich dwóch latach. Ponadto wydatki na produkty OTC w Polsce stanowią 107,7% wydatków na leki na receptę. Takiej tendencji nie można zaobserwować w żadnym spośród prezentowanych krajów. Należy zauważyć, że w przeszłości najwyższe wydatki na produkty OTC można było zaobserwować w Islandii. Najwyższy udział wydatków bezpośrednich na produkty farmaceutyczne w wydatkach bieżących na zdrowie występuje w czterech krajach postkomunistycznych: na Węgrzech, w Polsce, na Łotwie i Litwie (pomiędzy 13,7–18,6%), gdy dla krajów Europy Zachodniej stanowi on mniej niż 5%.

Uwagi końcowe

Kraje europejskie świadomie kształtują politykę refundacji leków i zarządzają wydatkami na produkty farmaceutyczne. Dbają także o zapewnienie stabilności finansowej systemów ochrony zdrowia. Wielkość i wartość refundacji leków, nietrwałych wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia w państwach Europy Zachodniej jest nieporównywalnie większa niż w krajach Europy Wschodniej. Podobną przepaść obserwuje się w wydatkach na ochronę zdrowia. Na listach refundacyjnych w krajach Europy Wschodniej brakuje przede wszystkim nowoczesnych leków oryginalnych, przeważają leki generyczne, a np. popularne leki na przeziębienie nie podlegają refundacji. Stąd wśród przebadanych mieszkańców krajów postkomunistycznych, zakup leków na receptę zadeklarowało tylko 21% Polaków, 25% Bułgarów, 29% Rumunów i 32% Węgrów (Vogler i in. 2015, s. 6–7). Pozostałe osoby stosują samoleczenie lub korzystają z leków z grupy OTC. Polityka refundacyjna w krajach Europy Środkowo-Wschodniej przyczynia się do powstawania nierówności w dostępie do leków, a niski poziom refundacji może powodować nadmierne wydatki w gospodarstwach domowych. Brakuje także racjonalności w przepisywaniu leków, pacjenci nie otrzymują odpowiednich farmaceutyków, w odpowiedniej dawce, we właściwym czasie.

Literatura

- Carone G., Schwierz Ch., Xavier A. (2012). Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. *Economic Papers*, 461.
- Cutler M.D., Everett W. (2010). Thinking outside the pillbox – medication adherence as a priority for health care reform. *The New England Journal of Medicine*, 362 (17), 1553–1055.
- Enterprise and Industry. Pobrano z: http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/healthcare/files/docs/structimpact_pharmaprices_032011_en.pdf.
- Eurostat database. Pobrano z: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.



- Henry D., Lexchin J. (2002). The pharmaceutical industry as a medicines provider. *The Lancet*, 360 (9345), 1590–1595.
- IMS (2013). *Global Pharmaceuticals. Marketing Channel Reference*. Pobrano z: <http://raport2014.pelion.eu/pl>.
- Kanavos P., Schurer W., Vogler S. (2011). *The Pharmaceutical Distribution Chain in the European Union: Structure and Impact on Pharmaceutical Prices*. Eminent. Final report.
- Leopold Ch., Mantel-Teeuwisse A.K., Vogler S., Valkova S., de Joncheere K., Leufkens H.G.M., Wagner A.K., Ross-Degnan D., Laing R. (2014). Effect of the economic recession on pharmaceutical policy and medicine sales in eight European countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 92 (9), 630–640D.
- OECD (2008). *Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market*. OECD Health Policy Studies.
- OECD.Stat. Pobrano z: stats.oecd.org (12.04.2016).
- PMR (2015). *Rynek produktów OTC w Polsce 2015. Prognozy rozwoju na lata 2015–2020*. Pobrano z: <http://forum-farmaceutyczne.blog.pl/2015/08/20/w-2015-roku-rynek-produktow-otc-w-polsce-powroci-na-sciezke-wzrostu>.
- Puig-Junoy J., García-Gómez P., Casado-Marín D. (2011). Free Medicines thanks to Retirement: Moral Hazard and Hospitalization Offsets in an NHS. *Tinbergen Institute Discussion Paper*, 108 (3), 1–33.
- Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Dz.U. 2011, nr 122n poz. 696 z późn. zm.
- Vogler S., Habimana K. (2014). *Pharmaceutical pricing policies in European countries*. Vienna: Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH.
- Vogler S., Habl C., Leopold C., Rosian-Schikuta I., de Joncheere K., Lyager T.T. (2008). *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information*. PPRI Report. Vienna: ÖBIG.
- Vogler S., Österle A., Mayer S. (2015). Inequalities in medicine use in Central Eastern Europe: an empirical investigation of socioeconomic determinants in eight countries. *International Journal for Equity in Health*, 14 (124), 1–19.
- Vogler S., Zimmermann N., Leopold C., Joncheere K.D. (2011). Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. *Southern Medical Review*, 4 (2), 69–79.
- Xu K., Evans D.B., Carrin G., Aguilar-Rivera A.M. (2005). Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. *Technical Brief For Policy-Makers*, 2.
- Zuidberg C. (2010). *The pharmaceutical system of the Netherland*. Vienna.

THE REIMBURSEMENT POLICY OF PHARMACEUTICALS IN EUROPEAN COUNTRIES

Abstract: *Purpose* – Analysis of refunds policy and financing of pharmaceuticals in European countries.

Design/methodology/approach – Analysis of the literature on reimbursement policies of pharmaceutical products. Analysis of statistical information on the public and private financing of pharmaceutical products purchase.

Findings – Public financing of pharmaceuticals is dominating in Western Europe. Deficiencies in public funding are often covered by private health insurance. In Central and Eastern Europe people are likely to use generic than innovative pharmaceutical products and private financing is larger than public. The low share of private insurance in CEE countries means that spending on pharmaceutical products are a significant part of household expenditures.

Originality/value – There are few studies on cross-country in terms of pharmaceuticals reimbursement.

Keywords: pharmaceutical pricing policy, pharmaceutical reimbursement policy, spending on pharmaceutical products

Cytowanie

- Kujawska J. (2016). Polityka refundacji wyrobów leczniczych w krajach europejskich. *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 4 (82/2), 773–781. DOI: 10.18276/frfu.2016.4.82/2-66.