

Marta Makowska

Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie
marta_makowska@sggw.pl

Łukasz Jasiński

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
lukasz.jasinski@poczta.umcs.lublin.pl

Wpływ reformy zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych (*ObamaCare*) na biznes farmaceutyczny

JEL Classification: I11, I13, I18

Keywords: pharmaceutical business, healthcare system, medicines, *ObamaCare*

Abstract

Impact of the Healthcare Reform in the United States (*ObamaCare*) on the Pharmaceutical Business

ObamaCare changes have different influence on diverse healthcare business. Pharmaceutical industry seems to gain on this reform unlike the insurance business. In this article we briefly present the main positive and negative effects of health reform in the US. Then, we point to the impact of *ObamaCare* on profits, costs and activities of pharmaceutical companies. We discuss changes such as: increase in sales of prescription drugs; new rules of registration of generic drugs; novel tax on sales of original drugs; incentives for pharma to put more attention to specific fields in R&D; bigger transparency in relations between physicians and pharma industry.

1. Wprowadzenie

Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), czyli reforma zdrowotna w Stanach Zjednoczonych, już od samego początku, zanim jeszcze weszła w życie 1 stycznia 2014 r., budziła duże kontrowersje. Znaczący zakres zmian, jakie wprowadzała PPACA, potocznie nazywana *ObamaCare*, był przyczyną wielu dyskusji i analiz dotyczących transformacji czekających amerykański system ochrony zdro-

wia, w tym zwłaszcza formy finansowania świadczeń medycznych gwarantowanych przez ustawę. Jako główny cel reformy należy wskazać chęć zredukowania liczby osób nieposiadających ubezpieczenia zdrowotnego. W 2013 roku było to 41 milionów osób (The Henry Kaiser Family Foundation, 2015, s. 1). Inną przyczyną była potrzeba racjonalizacji wydatków na ochronę zdrowia, które w 2013 r. wyniosły 16,4% PKB (z czego wydatki ze środków publicznych stanowiły niecałe 8%). Porównując, średnia dla krajów OECD wyniosła 8,9%, a dla Polski 6,4% (OECD, 2015, s. 167). Duże koszty opieki zdrowotnej uważa się za jeden z najważniejszych problemów gospodarczych USA (Thornton, 2012). Dodatkowo wymienić można jeszcze inne pobudki, dla których reforma była potrzebna: niezbyt dobre zdrowie amerykańskiego społeczeństwa, system stawiał nacisk raczej na leczenie niż zapobieganie chorobom oraz istniejące duże różnice społeczne w dostępie do opieki medycznej (Harris, 2016, s. 4–5). Twierdzono też, że system jest bardzo skomplikowany — ubezpieczenia zdrowotne można uzyskać zarówno poprzez podmioty państwowe, jak i prywatne, a często wybór najwłaściwszego jest bardzo trudny dla przeciętnego obywatela (Makowska i Czerw, 2014, s. 737; Brown, 2008, s. 325).

Przeciwnicy reformy wytoczyli sprawę w Sądzie Najwyższym przeciwko PPACA, by sprawdzić jej zgodność z konstytucją. Postrzegano ją jako tę, która spowoduje zwiększenie wydatków rządu i jednocześnie zwiększy jego władzę. Reforma miała finansować siebie przez nowe, wprowadzane podatki obciążające głównie osoby o wysokich przychodach i przemysł związany ze zdrowiem, co nieco uciszyło głosy oponentów (Harris, 2016, s. 21). *ObamaCare* jest postrzegana jako kolejny krok w celu utworzenia systemu jednego płatnika (*one-payer system*) zapewniającego wszystkim obywatelom dostęp do bezpłatnej opieki medycznej. Niektórzy w obowiązku ubezpieczenia widzą zagrożenie dla swojej indywidualnej wolności (Harris, 2016, s. 21).

Niewątpliwie *ObamaCare* w największym stopniu wpłynęła na biznes ubezpieczeniowy¹. Jednak niosła za sobą także spore konsekwencje dla przemysłu farmaceutycznego. Po kilku latach można odnieść wrażenie, że na wprowadzonych zmianach bardziej skorzystały firmy farmaceutyczne niż firmy ubezpieczeniowe. Ujemne wyniki finansowe spowodowały, że znaczący gracze na rynku ubezpieczeniowym tacy jak UnitedHealth i Humana zapowiedzieli wyjście z tak zwanego *Healthcare Insurance Marketplace* — rynku ubezpieczeń zdrowotnych oferowanych w ramach *ObamaCare* (Bloomberg, 2016). Rynek farmaceutyczny zaś stale prognozuje wzrost (Global Data, 2015).

W poniższym artykule krótko przedstawimy główne pozytywne i negatywne skutki reformy zdrowotnej w USA. Następnie wskażemy skutki, jakie miało wprowadzenie *ObamaCare* na zyski i działalność firm farmaceutycznych. Na końcu zaprezentowane zostaną nasze wnioski.

¹ Szerzej: Ł. Jasiński, M. Makowska (2016), Wpływ reformy zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych (*ObamaCare*) na biznes ubezpieczeniowy, „Wrocław Economic Review” nr 22/2, s. 9–25.

2. Pozytywne i negatywne skutki *ObamaCare*

23 marca 2010 roku prezydent Barack Obama podpisał PPACA. Z dniem 1 października 2013 roku zmiany te powoli zaczęły wchodzić w życie. Wskazuje się zarówno pozytywne, jak i negatywne konsekwencje tej reformy. Spowodowała ona, że od 2012 roku do 2015 roku liczba osób posiadających ubezpieczenie zdrowotne wzrosła o 17,6 miliona, co według jej zwolenników należy uznać za sukces. Zmniejszyły się także różnice w dostępie do ubezpieczenia ze względu na pochodzenie etniczne (ASPE DataPoint, 2015). Stało się tak dlatego, że ubezpieczenie dla najgorzej zarabiających (nieprzekraczających 400% federalnej linii ubóstwa) stało się tańsze. W 2015 roku aż 80% osób objętych *Healthcare Insurance Marketplace* (Healthcare.gov), korzystając z ulg podatkowych, zapłaciło za miesięczne ubezpieczenie zdrowotne mniej niż 100 USD. Obecnie jest zdecydowanie więcej opcji ubezpieczenia do wyboru niż przed reformą. Dodatkowo ubezpieczyciele muszą zapewniać pewne minimum ochrony. Plany ubezpieczeniowe muszą pokrywać opiekę prewencyjną i firmy nie mogą już odmawiać pokrycia kosztów leczenia ze względu na choroby istniejące przed wykupieniem ubezpieczenia. W porównaniu do roku 2013, w 2015 o 12,3 miliona więcej osób zostało objętych ubezpieczeniem Medicaid². Dzięki *ObamaCare* zwolniło także tempo wzrostu kosztów opieki zdrowotnej (*U.S. Department of Health and Human Services*, 2015).

Wśród negatywnych skutków reformy wymienić można przede wszystkim powstanie nowych podatków, które objęło głównie osoby o bardzo wysokich dochodach oraz biznes związany ze zdrowiem. Dodatkowo skomplikowany system ubezpieczeniowy stał się jeszcze bardziej zawiły (jest trudny do zrozumienia), co może powodować wiele problemów z zakupem ubezpieczenia, zwłaszcza wśród osób z niskim wykształceniem. Problemy stwarza także nałożony na pracodawców obowiązek zapewnienia ubezpieczenia zdrowotnego swoim pracownikom. Ubezpieczenia zapewniane przez pracodawcę mogą być droższe niż te sprzedawane na *Healthcare Insurance Marketplace* — mimo to, mało zarabiający pracownicy nie mogą wybrać, gdzie kupić ubezpieczenie. Obowiązek zapewnienia ubezpieczenia pełnoetatowym pracownikom może zniechęcać małe firmy do zatrudniania nowych osób albo zachęcać do redukcji godzin obecnym pracownikom (*ObamaCare Facts*).

3. Wpływ reformy na firmy farmaceutyczne

Rynek farmaceutyczny w Stanach Zjednoczonych jest największy na świecie. W 2014 roku jego wartość wyceniono na 395,2 miliardów USD i szacuje się, że do 2020 r. osiągnie wartość 548 miliardów USD (Global Data, 2015). Zmiany,

² Jedno z publicznych ubezpieczeń.

jakie zachodzą w opiece zdrowotnej, ubezpieczeniach zdrowotnych w Stanach Zjednoczonych, mają i będą miały istotny wpływ na rozwój branży farmaceutycznej w tym kraju. *ObamaCare* miała swoje konsekwencje dla producentów leków. Szacuje się, że nastąpi wzrost sprzedaży leków na receptę w związku ze wzrostem liczby osób ubezpieczonych. Zmieniły się zasady rejestracji leków generycznych³. Wprowadzono nowy podatek od sprzedaży leków oryginalnych⁴. Stworzono zachęty dla firm, by zajęły się określonymi polami badawczo-rozwojowymi oraz wprowadzono większą transparentność w kontaktach biznesu farmaceutycznego z lekarzami. Wszystkie te elementy dokładnie zostały opisane poniżej.

3.1. Wzrost sprzedaży leków na receptę

Firmy farmaceutyczne będą miały wyższe przychody w związku z tym, że większa liczba osób będzie objęta ubezpieczeniem zdrowotnym i będą realizować recepty. Największy procentowy przyrost wydatków na leki na receptę prognozowany jest dla grupy wiekowej 0–25 lat (patrz: tabela 1), gdyż zgodnie z PPACA osoby do 26 roku życia będą mogły korzystać z ubezpieczenia swoich rodziców i zwiększy się⁵ liczba osób mających plany ubezpieczeniowe pokrywające zakup leków RX⁶ (Daemmrich, 2011, s. 29). Badanie *Commonwealth Found* z maja 2016 roku wskazuje, że procent nieubezpieczonych w tej grupie wiekowej zmniejszył się z 28,4% w 2013 do 18,1% w 2016 (Commonwealth Fund, 2016).

Populacja osób w wieku 26–64 lata jest największa i dlatego też wzrost liczby osób ubezpieczonych (dzięki zmianom obligującym do wykupienia ubezpieczenia przez pracodawcę lub niskim stawkom na *Healthcare Insurance Marketplace*) w tej grupie wiekowej będzie miał największe znaczenie dla firm farmaceutycznych i przyniesie im największe zyski (Daemmrich, 2011, s. 29). Według badania *Commonwealth Found* w grupie wiekowej 35–49 lat procent nieubezpieczonych zmniejszył się w latach 2013–2016 z 18,1% do 11,3%, zaś w grupie wiekowej 50–64 z 14,0% do 9,1% (Commonwealth Fund, 2016).

Zmiany dotyczące opieki zdrowotnej seniorów rozpoczął już prezydent Bush Jr., podpisując w 2003 *Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act*. Wprowadzał on od 2006 roku *Medicare Part D*. Było to ubezpieczenie w ramach *Medicare*, które miało pokrywać lub w znacznym stopniu redukować koszty leków na receptę dla seniorów (Makowska, 2016, s. 48). Starsze osoby same

³ Leki generyczne (odtwórcze) to takie preparaty, które mają tę samą substancję leczniczą co leki oryginalne, jednak są wprowadzane na rynek dopiero po utracie ochrony patentowej leku innowacyjnego. Są tańsze niż leki oryginalne.

⁴ Leki oryginalne (innowacyjne) to takie preparaty, które zostały dopuszczone na świecie do dystrybucji po raz pierwszy, zazwyczaj posiadają one ochronę patentową i są drogie.

⁵ Przed wprowadzeniem reformy firmy ubezpieczeniowe zazwyczaj wykluczały z ubezpieczenia osoby, które ukończyły 19 lat, czasami robiono wyjątki dla starszych dzieci studiujących stacjonarnie (HHS, 2013).

⁶ Skrót RX używany jest w stosunku do leków na receptę (ang. *prescription only*).

placą miesięczne składki na *Part D* (w zależności od dochodu kilka lub kilkanaście USD)⁷. Przed *ObamaCare*, jeżeli wydali oni 310 USD w danym roku na leki na receptę, za kolejne preparaty RX płacili tylko 25% a pozostałą kwotę pokrywało *Medicare*. Tak było jednak tylko dopóki koszt leków nie przekroczył 2800 USD. Wtedy senior wpadał w tzw. „dziurę pączkową” (ang. *donut hole*) i od tego momentu musiał pokrywać koszt leków w całości sam — aż do wydania kwoty 4550 USD. Jeżeli kwota ta została przekroczona, wtedy *Medicare* do końca roku płaciło za wszystkie dodatkowe leki już około 95%. *ObamaCare* wprowadziła zmiany, by „odciążyć” seniorów, którzy znaleźli się w „pączkowej dziurze”. W 2010 otrzymywali oni czek na 250 USD, w 2011 mieli zniżkę 50% na oryginalne leki i zaczęli płacić mniej za leki generyczne (*Medicare*, 2010). W 2016 płacili 45% za leki innowacyjne i 58% za generyczne. W 2017 mają płacić 40% za leki oryginalne i 51% za generyczne. W 2020 roku ostatecznie „dziura pączkowa” ma zostać zamknięta i seniorzy będą płacić jedynie 25% ceny zarówno leków oryginalnych, jak i odtworczych, aż do wydania kwoty, która przekroczy ustaloną przez *Medicare* stawkę. Dla przykładu w 2016 roku wynosiła ona 4850 USD (*Medicare*, 2016), od tego momentu ich wydatki na preparaty RX będą pokrywane prawie w całości.

Tabela 1. Wydatki na leki na receptę (RX) na jedną osobę rocznie w USA w latach 2008, 2015, 2020.

| Grupa wiekowa | 2008 | | 2015 (P) | | | 2020 (P) | | |
|---------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Populacja (w mln) | Wydatki na RX/os | Populacja (w mln) | Wydatki na RX/os. | Przyrost od 2008 | Populacja (w mln) | Wydatki na RX/os. | Przyrost od 2008 |
| 0–25 | 107,1 | 213 USD | 106,5 | 390 USD | 83,1% (177 USD) | 108,7 | 575 USD | 170% (362 USD) |
| 26–64 | 157,6 | 892 USD | 168,0 | 1435 USD | 60,9% (543 USD) | 171,1 | 2110 USD | 136,5% (1218 USD) |
| 65 i więcej | 39,7 | 2114 USD | 46,6 | 3260 USD | 54,2% (1146 USD) | 54,3 | 4790 USD | 126,6% (2676 USD) |

Źródło: opracowanie własne na podstawie A.A. Daemmrich (2011), *US Healthcare Reform and the Pharmaceutical Industry*, Boston, s. 29.

P — oznacza, że były to dane prognozowane

Należy mieć także na uwadze, że takie działania mogą prowadzić do pewnych niekorzystnych skutków społecznych. Przede wszystkim oznacza to jeszcze większą kontrolę *Food and Drug Administration* (FDA) nad rynkiem farmaceutycznym. Jest to problematyczne w tym znaczeniu, że krytycy FDA zarzucają tej instytucji wstrzymywanie innowacji i zwiększanie kosztów (Hoppe, 2010).

⁷ Dokładne wyliczenia znajdują się na stronie Medicare <https://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html> (dostęp 06.07.2016).

Problemem staje się również fakt, że leki zatwierdzone przez FDA wydają się ludziom bezpieczne, pacjenci i lekarze tracą czujność — nie obawiają się używania leków mimo iż mogą mieć wiele niepożądanych skutków ubocznych. Mark Thornton (2012) pisze:

nie chodzi tu o to, że FDA aprobuje wysoce niebezpieczne leki takie jak talidomid, a utrudnia wprowadzanie leków bezpiecznych i skutecznych [...]. W przypadku leków aprobowanych przez FDA konsumenci biorą na siebie zwiększone ryzyko, jednakże nie są od niego ubezpieczeni — są jedynie zapewnieni, że nic im nie grozi. FDA nie przyjmuje żadnej finansowej odpowiedzialności wobec konsumentów. Gdy nakłada na koncerny farmaceutyczne duże kary, konsumentom nie są wypłacane żadne odszkodowania. Jeśli FDA zaaprobowало lek jako bezpieczny i skuteczny, dlaczego nabywcy mieliby myśleć inaczej? Są oni w wielce niekorzystnym położeniu, jeśli chodzi o dostęp do informacji, dlatego też nie dziwi, że konsumenci stają się mniej czujni.

Sytuacja taka powoduje, że w społeczeństwie zanika chęć kontroli własnego zdrowia. Nabycie skutecznego zaaprobowanego przez FDA leku wydaje się o wiele łatwiejsze niż na przykład zmiana stylu życia. Tymczasem odpowiedni styl życia ma większy wpływ na zachowanie zdrowia niż czynniki genetyczne, warunki środowiskowe czy jakość opieki medycznej (Ziołkowski, Kubica, Sinkiewicz, Maciejewski, 2009, s. 265).

3.2. Zmiany w rejestracji leków generycznych

Reforma wprowadziła także zmiany w rejestracji leków generycznych. Miało to na celu ułatwienie dostępu do tańszych leków odtwórczych przez zapobieganie, by producenci leków oryginalnych opóźniali wchodzenie na rynek tańszych zamienników przez wprowadzanie zmian w oznakowaniu leków. Przed *ObamaCare* lek generyczny musiał odpowiadać oznakowaniem leкови oryginalnemu, którego „kopię” stanowił albo nie był zatwierdzany. PPACA pozwala na rejestrację leku mimo „niedawnych” zmian w oznakowaniu leku oryginalnego o ile zmiana jest wprowadzona w krótkim czasie (60 dni) do wygaśnięcia patentu i nie dotyczy sekcji „Ostrzeżenia” w charakterystyce produktu (Santerre i Neun, 2012, s. 459).

Według badań przeprowadzonych przez Kesselheima i innych badaczy wynika, że opóźnienie dostępności leków generycznych w przypadku tylko trzech produktów (amoksycyliny, metforminy i omeprazolu) kosztowało program *Medicaid* 1,5 miliarda dolarów między 2000 a 2001 rokiem (Boyapati, 2010). Ponadto, przykładowo, pojawienie się konkurencji w postaci cen leków generycznych, stosowanych w leczeniu zakażenia HIV spowodowało obniżenie ceny leku oryginalnego z 10 439 dolarów we wrześniu 2000 r. do 712 dolarów w marcu 2001 r.⁸

⁸ Więcej na ten temat: (Boyapati, 2010).

3.3. Nowy podatek od sprzedaży leków oryginalnych

ObamaCare wprowadziła obowiązek płacenia „rocznej opłaty” (ang. *annual fee*) przez te firmy farmaceutyczne, których sprzedaż oryginalnych leków na receptę federalnym programom opieki zdrowotnej (Medicare, Medicaid, the Department of Veterans Affairs (VA), the Department of Defense, TRICARE) przekroczy 5 milionów USD. Opłata ta jest indywidualnie wyliczana dla każdego producenta lub importera leków i zależy od jego udziału w rynku. Wielkość sprzedaży leków generycznych nie jest brana pod uwagę (Parab, 2014). Zmiana ta jest więc sprzyjająca dla rozwoju sprzedaży tańszych leków odtwórczych. Warto zauważyć, że aż 71% sprzedawanych na amerykańskim rynku leków to preparaty oryginalne. Tax Foundation, dokonując analizy, jak opłata ta wpłynie na ceny leków, uważa, że podatek ten zostanie przerzucony na konsumenta i doprowadzi do tego, że farmaceutyki będą jeszcze droższe. Przewidywania te zdają się potwierdzać, gdyż od października 2012 do kwietnia 2015 roku cena oryginalnego leku na receptę wzrosła o 40% (*Tax Foundation*, 2015).

3.4. Nowe kierunki prac badawczo-rozwojowych

PPACA zawiera rozmaite zachęty dla producentów leków, by ukierunkować ich prace badawczo-rozwojowe w pożądanym przez amerykańskie społeczeństwo kierunku. Zapewnia ulgi podatkowe dla małych firm (do 250 pracowników), które zajmują się nowymi terapiami (ang. *therapeutic discovery projects*). Przy przyznawaniu takiej ulgi ocenia się, czy prowadzony przez firmę projekt rzeczywiście może doprowadzić do powstania nowego sposobu terapii; czy może pomóc obniżyć koszty opieki zdrowotnej; czy pozwala stworzyć nowe miejsca pracy; czy dotyczy leczenia raka; czy generalnie wpłynie dodatnio na konkurencyjność USA na rynku leków (Morgan, 2010, s. 2–3). *ObamaCare* kładzie nacisk na to, by wskrzeszać inicjatywy i wspierać już istniejące badania dotyczące walki z bólem (Morgan, 2010, s. 4).

Reforma powołała również do życia *Cures Acceleration Network* (CAN) zarządzane przez *National Institutes of Health* (NIH). Instytucja ta ma na celu wspieranie „rewolucyjnych” postępów w badaniach podstawowych oraz rozwój bardzo potrzebnych sposobów leczenia, w tym leków i terapii behawioralnych. CAN przyznaje granty. Wysokość grantu nie może przekroczyć 15 milionów USD na projekt. O pieniądze mogą się starać instytucje prywatne (takie jak producenci leków), publiczne i pozarządowe (Morgan, 2010, s. 3).

Wpływ na firmy farmaceutyczne ma również powołanie do życia *Offices for Women's Health* w ramach *FDA Commissioner's Office* i stworzenie takich biur w ramach innych agencji federalnych. Jednocześnie zakłada się, że biznes lekowy, producenci sprzętu medycznego, biolodzy, pracownicy służby zdrowia będą aktywnie wspomagać ich rozwój. Dla firm farmaceutycznych jest to jednoznaczny sygnał, że warto zająć się produkcją środków przeznaczonych dla kobiet, gdyż tutaj mogą liczyć na większe wsparcie ze strony FDA (Morgan, 2010, str. 4). Jeden z elementów

powiązany ze zdrowiem kobiet, powodujący spory na arenie politycznej i w sądach i mogący potencjalnie wpłynąć na działalność biznesu farmaceutycznego, to dostępność antykoncepcji. Reforma zapisała w prawie możliwość odmowy zapewnienia kobiecie dostępu do niej ze względu na poglądy religijne (*ObamaCare Facts*).

ObamaCare sprawiła, że ubezpieczyciele nie mogą odmówić pokrycia pacjentom pewnych rutynowych kosztów związanych z ich udziałem w „zatwierdzonych” badaniach klinicznych⁹, które mają na celu prewencję, wykrywanie lub leczenie raka albo innej zagrażającej życiu choroby. Ubezpieczyciele nie mogą także w żaden sposób dyskryminować osób biorących udział w takich badaniach. Ta zmiana jest istotna dla firm farmaceutycznych. Po pierwsze, może spowodować większą chęć udziału w prowadzonych przez nie badaniach klinicznych. Po drugie, może wpłynąć na negocjacje składki ubezpieczeniowej, którą muszą płacić firmy prowadzące badania kliniczne. Zapewne biznes lekowy będzie próbował obniżyć składkę, ubezpieczyciele bowiem zostali zobligowani prawnie, by pokrywać koszty związane z rutynowymi działaniami (Morgan, 2010, str. 3).

3.5. Zwiększenie transparentności współpracy z lekarzami

Physician Payment Sunshine Act (Sunshine Act) jest częścią ustawy PPACA i nakazała ona producentom leków, aby ich „prezenty” dla lekarzy i współpraca z medykami stały się jawne. Od kwietnia 2013 roku firmy muszą zbierać dane dotyczące lekarzy, którym dali „coś”, czego jednorazowa wartość była wyższa niż 10 USD lub łączna wartość „dotacji” dla lekarza przekroczyła w roku kalendarzowym 100 USD (Agrawal, Brennan i Budetti, 2013, s. 2054).

Dodatkowo producenci muszą określić, czy to, co dostał od nich lekarz, jest: gotówką lub ekwiwalentem gotówki; przedmiotem lub usługą; akcją; wypłatą za konsultację; wypłatą za inne usługi niż konsultacje; honorarium; prezentem; rozrywką; jedzeniem; podróżą (należy podać destynację); edukacją; badaniem; wpłatą na organizacje dobroczynne; tantiemem lub licencją; własnością lub interesami inwestycyjnymi (obecnymi lub przyszłymi); wypłatą za wygłaszanie referatów na spotkaniach kontynuacji edukacji medycznej; grantem. Firmy muszą przekazywać te i jeszcze inne informacje w określonym terminie do *Centers for Medicare and Medicaid (CMS)* — jeżeli tego nie dopełnią, zostaje na nie nałożona grzywna. Lekarze powinni otrzymać informacje o swojej osobie przynajmniej 45 dni przed ich przekazaniem CMS i mogą zgłosić do tych danych ewentualne uwagi (Agrawal, Brennan i Budetti, 2013, s. 2054–2056).

Dane przesłane do CMS stają się ogólnodostępne wszystkim zainteresowanym dzięki stronie *cms.gov*. Każdy pacjent może sprawdzić, co jego lekarz otrzymał od danego producenta leków w ubiegłym roku. Publikowane są pełne dane lekarza: nazwisko, adres wykonywania praktyki, specjalność, stanowy numer wykonywania zawodu (Advamed, 2016).

⁹ Jest to badanie z udziałem ludzi, mające na celu ocenę działania leku.

Zmiana ta może powodować niechęć lekarzy do „współpracy” z firmami farmaceutycznymi i przyjmowania od nich jakiegokolwiek wsparcia, nawet edukacyjnego. Z jednej strony może wpłynąć to na zmniejszenie się wydatków producentów leków na marketing, lecz z drugiej odbiera im potężne narzędzie wywierania wpływu na medyków.

Niektórzy uważają, że *Sunshine Act* to próba odwrócenia uwagi od coraz większych środków jakie poszczególne grupy interesu (w tym firmy farmaceutyczne) otrzymują od państwa w ramach publicznych programów zdrowotnych. Jak zauważa Michel Accad (2016),

to prawda, że korzyści od firm farmaceutycznych wpływają na lekarzy. Ale te środki są niczym w porównaniu z dotacjami udzielanymi przez rząd różnym interesariuszom: lekarzom, szpitalom, pacjentom, przemysłowi farmaceutycznemu, administratorom, biurokratom, lobbystom, wyborcom i innym.

Dlaczego zatem ograniczać się tylko do korzyści osiąganych przez lekarzy, a pozostawić pozostałych, zwłaszcza, że ich korzyści pochodzą ze środków publicznych?

4. Wnioski

Zmiany, które wprowadziła *ObamaCare*, należy uznać za korzystne pod względem finansowym dla firm farmaceutycznych. Rosnące wydatki na leki ze środków publicznych (np. w ramach *Medicare*) czy większą liczbę ubezpieczonych realizujących recepty można uznać za czynniki zwiększające przychody producentów leków. Według szacunków *GlobalData* zyski przemysłu farmaceutycznego w następnej dekadzie będą oscylować w przedziale od 10 do 35 miliardów dolarów i to mimo wygasających patentów na leki oryginalne oraz regulacji *ObamaCare* (np. nowych podatków). W ciągu następnej dekady firmy farmaceutyczne poniosą koszty w związku z udzielanymi rabatami na leki na receptę (około 20 miliardów dolarów) oraz podatkami płaconymi od leków oryginalnych (około 30 miliardów dolarów). Jednak wzrost liczby ubezpieczonych, który przyniosła *ObamaCare*, ma zwiększyć przychody biznesu farmaceutycznego o około 33% do końca dekady (Japsen, 2013). Przytoczone dane mogą stanowić odpowiedź, dlaczego firmy farmaceutyczne były, obok ubezpieczycieli (również otrzymujących wsparcie finansowe ze środków publicznych), głównym orędownikiem prowadzenia *ObamaCare*.

Niewątpliwie wpływ na branżę farmaceutyczną będzie miał wybór Donalda Trumpa na prezydenta USA oraz sytuacja finansowa branży ubezpieczeniowej. Kolejne zapowiedzi wzrostu składek (na skutek rosnących kosztów) przez ubezpieczycieli mogą stać się przyczyną kolejnych istotnych zmian w amerykańskim systemie ochrony zdrowia. Postępujący interwencjonizm na rynku usług medycznych wydaje się służyć biznesowi farmaceutycznemu. Czy służy także konsumentom (pacjentom)? Odpowiedź na to pytanie nie wydaje się już być taka oczywista.

Bibliografia

- Accad M. (2016), *The pharma-fed doctor*, <https://mises.org/blog/pharma-fed-doctor> (dostęp: 29.07.2016).
- Advamed (2016), *The Physician Sunshine Act and You*, <http://advamed.org/res.download/60> (dostęp: 07.07.2016).
- Agrawal S., Brennan N., Budetti P. (2013), *The Sunshine Act — effects on physicians*, „New England Journal of Medicine”, nr 368 (22), s. 2054–2057.
- ASPE DataPoint (2015), *Health Insurance Coverage and the Affordable Care Act*, <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/pdf/111826/ACA%20health%20insurance%20coverage%20brief%2009212015.pdf> (dostęp: 07.07.2016).
- Bloomberg (2016), *Humana echoes ObamaCare warning following UnitedHealth exits*, <http://www.bloomberg.com/news/articles/2016-05-05/humana-echoes-obamacare-warning-following-unitedhealth-exits> (dostęp: 13.07.2016).
- Boyapati V. (2010), *What's really wrong with the healthcare industry*, <https://mises.org/library/whats-really-wrong-healthcare-industry> (dostęp: 26.07.2016).
- Brown L.D. (2008), *The amazing noncollapsing US health care system — is reform finally at hand?*, „New England Journal of Medicine”, nr 358 (4), s. 325–327.
- Commonwealth Fund (2016), *Americans' Experiences with ACA Marketplace and Medicaid Coverage: Access to Care and Satisfaction*, <http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2016/may/ACA-tracking-survey-access-to-care-and-satisfaction> (dostęp: 07.07.2016).
- Daemrich A.A. (2011), *US Healthcare Reform and the Pharmaceutical Industry*, Harvard Business School, Boston.
- Global Data (2015), *US Pharmaceutical Market Value Will Approach \$550 Billion by 2020, says GlobalData*, <https://healthcare.globaldata.com/media-center/press-releases/pharmaceuticals/us-pharmaceutical-market-value-will-approach-550-billion-by-2020-says-globaldata> (dostęp: 07.07.2016).
- Harris B.H. (2016), *The Affordable Care Act: an Analysis of Healthcare Access in the United States*, <http://arizona.openrepository.com/arizona/handle/10150/612990> (dostęp: 02.08.2016).
- HHS (2013), *Young Adult Coverage*, <http://www.hhs.gov/healthcare/about-the-law/young-adult-coverage/index.html> (dostęp: 07.07.2016).
- Hoppe H.H. (2010), *Cztery kroki do naprawy służby zdrowia*, <http://mises.pl/blog/2010/01/18/h-h-hoppe-cztery-kroki-do-naprawy-sluzby-zdrowia/> (dostęp: 23.07.2016).
- Japsen B. (2013), *Obamacare will bring drug industry \$35 billion in profits*, <http://www.forbes.com/sites/brucejapsen/2013/05/25/obamacare-will-bring-drug-industry-35-billion-in-profits/#7ab1f9fd3b7f> (dostęp: 27.07.2016).
- Makowska M. (2016), *Etyczne wyzwania relacji studentów medycyny z przemysłem farmaceutycznym. Studium porównawcze sytuacji w Polsce i w USA*, Warszawa.
- Makowska M., Czerw, A. (2014), *Reforma systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Stanach Zjednoczonych. Zmiany wprowadzane przez Obamacare*, „Hygeia Public Health”, nr 49 (4), s. 733–741.
- Medicare (2010), *What is the donut hole?*, <https://blog.medicare.gov/2010/08/09/what-is-the-donut%C2%A0hole/> (dostęp: 07.07.2016).
- Medicare (2016), *About the Medicare Part D Prescription Drug Coverage Gap (“Donut Hole”)*, <https://medicare.com/medicare-part-d/what-is-the-doughnut-hole/> (dostęp: 07.07.2016).
- Morgan L. (2010), *Healthcare Reform Law: Impact on Pharmaceutical Manufacturers*, Washington, https://www.morganlewis.com/pubs/washgrpp_impactonpharmamanufacturers_lf_15apr10.pdf (dostęp: 07.07.2016).
- Obamacare Facts (brak daty), <http://obamacarefacts.com/obamacare-facts/> (dostęp: 07.07.2016).
- OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, Paris.

- Parab S. (2014), *Impact of the Affordable Care Act on Pharmaceutical and Biotech industry*, <http://analytics.ncsu.edu/sesug/2014/PH-08.pdf> (dostęp: 07.07.2016).
- Santerre R.E., Neun S.P. (2012), *Health Economics: Theory, Insights, and Industry Studies*, Cengage Learning, Mason, OH USA.
- Tax Foundation (2015), *Five Years Later: ACA's Branded Prescription Drug Fee May Have Contributed to Rising Drug Prices*, <http://taxfoundation.org/blog/five-years-later-aca-s-branded-prescription-drug-fee-may-have-contributed-rising-drug-prices> (dostęp: 07.07.2016).
- The Henry Kaiser Family Foundation (2015), *Key Facts about the Uninsured Population*, <http://files.kff.org/attachment/fact-sheet-key-facts-about-the-uninsured-population> (dostęp: 07.07.2016).
- Thornton M. (2012), *Leki: dobre, złe i brzydkie*, <http://mises.pl/blog/2012/12/03/thornton-leki-dobre-zle-i-brzydkie/> (dostęp: 26.07.2016).
- Ziołkowski M., Kubica A., Sinkiewicz W., Maciejewski J. (2009), *Zmniejszanie umieralności na chorobę niedokrwienną serca w Polsce — sukces terapii czy prozdrowotnego stylu życia?*, „Folia Cardiologica Excerpta”, tom 4, nr 5, s. 265–272.