



Regulator

Rozmowa z Bolesławem Piechą, wiceministrem zdrowia

Do resortu zdrowia przyszedł pan jako czołowa postać PiS. W pana programie były dwa najbardziej spektakularne elementy: budżet i sieć. Zmienił pan zdanie na temat budżetu?

Nie zmieniłem poglądów. Mamy przecież system oparty na finansach publicznych, zarządzanych przez instytucję centralną. Mamy prezesa Funduszu, powoływanego przez premiera na wniosek ministra zdrowia. Środki finansowe przeznaczone na finansowanie opieki zdrowotnej są scentralizowane, pod pełną kontrolą rządu i parlamentu. Nie zadowala mnie natomiast system przepływu pieniędzy wewnątrz Funduszu i jakość przekazywania informacji między płatnikiem a regulatorem, jakim jest ministerstwo zdrowia.

Czy to znaczy, że dalej będzie działał budżetowy, scentralizowany system?

Sądzę, że dzisiaj nie ma możliwości odejścia od centralnego zawiadywania środkami finansowymi. Oczywiście, mówię tu o sposobie pozyskiwania środków. Elementy rynkowe mogą

Czyli znowu wszystko jest zależne od polityki.

Tu chodzi nie tylko o politykę, ale i o czas, bo proces, o którym mówię, budzi i będzie budził ogromne emocje. Ministerstwo Zdrowia będzie musiało bowiem zaproponować rozwiązania, które znajdą uznanie i zostaną przyjęte przez Sejm. Czasami będą to decyzje arbitralne, które rozstrzygną dyskusje trwające od wielu lat w środowiskach medycznych, towarzystwach naukowych, czy wreszcie w licznych stowarzyszeniach pacjentów, które kierują się bardzo często swoimi partykularnymi interesami. Zrozumiałym jest, że zdecydowana większość zawartych w koszyku świadczeń zdrowotnych będzie wynikiem konsensusu.

Jakie grupy lobbingowe ma pan na myśli?

Począwszy od stowarzyszeń naukowych lekarzy i pielęgniarek, po różnego rodzaju stowarzyszenia pacjentów, które skupione są wokół określonych dziedzin medycyny, a niejednokrotnie pojedynczych jednostek chorobowych i promują określony standard leczenia. Niestety, zazwyczaj są to

„ Dzisiaj nie ma możliwości odejścia od centralnego zawiadywania środkami finansowymi ”

działać i działają na poziomie podziału tych pieniędzy – mam tu na myśli przede wszystkim istniejącą procedurę konkursu ofert, która będzie upraszczana. Upraszczać będzie system kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Zależy mi, bardzo na tym, aby dobrze było wycenionych 20–25 proc. procedur medycznych, tych najdroższych, które w istotny sposób wpływają na finanse NFZ. Na pozostałe szpital będzie otrzymywał uproszczony budżet, oparty o proste katalogi powstałe z agregacji już istniejących katalogów świadczeń. Drogie procedury medyczne będą musiały być jednak rozliczone co do grosza. Proces oceny i wyceny rozpoczęła już AOTM, która zajmuje się koszykiem świadczeń zdrowotnych i określeniem ich standardów. Mamy w ten sposób nadzieję wywiązać się z ustawowych obowiązków określenia, co tak naprawdę należy się pacjentom ubezpieczonym w systemie powszechnym, oraz określenia tego, w jakich sytuacjach pacjent będzie musiał skorzystać z ubezpieczeniowego dodatkowego. Reasumując – koszyk powie nam, za co zapłaci budżet NFZ. Zakładam, że taki system musimy wprowadzić w przyszłym roku, bo później mogą być ogromne trudności z jego wdrożeniem. Jest jeden warunek, bardzo ważny, że rząd i jego zaplecze parlamentarne będzie trwał pełną kadencję.

technologie medyczne z najwyższej półki cenowej. Stowarzyszenia te przedstawiają już nie tylko prośby, ale często żądania, aby określone sposoby terapii sfinansować ze środków publicznych. Jest to oczywiście zrozumiałe, ale minister zdrowia musi brać pod uwagę, zgodnie z konstytucją, wszystkich obywateli naszego kraju. Tę właśnie procedurę lobbowania trzeba będzie przerwać mocą ustawy i rozporządzeń.

Warunkiem przeprowadzenia tych procesów jest spokój polityczny?

Nie sądzę, że to jedyny warunek. Najważniejszą rolę – jak wspomniałem – odgrywa w tym przypadku czas. Przewlekane tego trudnego procesu ponad miarę grozi bowiem paraliżem decyzyjnym, a tym samym niepowodzeniem całego przedsięwzięcia.

Jak stworzycie sieć?

Chcemy utworzyć w pierwszej kolejności racjonalny system oceny merytorycznej szpitali. W Polsce, tak jak i na całym świecie, szpitale w zależności od zakresu działalności, wielkości, zatrudnionej fachowej kadry medycznej, wyposażenia w sprzęt medyczny są nieporównywalne. Dlatego sieć musi objąć w pierwszej kolejności najwyższe piętro szpitali, o znaczeniu ogólnokra-

jowym czy ponadregionalnym, później szpitale regionalne (wojewódzkie) oraz specjalistyczne. Najtrudniejszym elementem sieci są szpitale powiatowe i miejskie. Musimy pamiętać, że to właśnie na tych szpitalach opiera się leczenie zamknięte w Polsce. Być może, przy okazji tworzenia sieci, mając w ręce narzędzia umożliwiające oddłużenie niektórych jednostek, uda się uzyskać zgodę samorządów terytorialnych na *przekwalifikowanie niektórych jednostek* z powiatowych na wojewódzkie w rozumieniu organu właścicielskiego. Sądzę, że szpitale wpisane w sieć powinny mieć wyraźnie określony organ założycielski – albo samorząd wojewódzki, albo ministra zdrowia. Nie można wykluczyć również udziału ministra skarbu. W gestii tego ostatniego mogłyby się znaleźć się, np. instytuty medyczne czy kliniki. Nie wiadomo, czy oznaczałoby to wzmocnienie efektywnego zarządzania, ale na pewno przerwane zostałyby wszelkie partykularyzmy lokalne, z którymi mamy do czynienia obecnie.

ko w przyszłość i nie myślimy, co będzie za kilka lat i czy przypadkiem nie pogorszy się nasze zdrowie. Poza tym, chciałbym przypomnieć, że takie zachowania spotykamy nie tylko w Polsce. W Hiszpanii są regiony, gdzie nie ma w ogóle kandydatów gotowych ubezpieczyć się dodatkowo. Tylko w środowiskach wielkomiejskich, np. w Madrycie ubezpieczonych dodatkowo jest 30–40 proc. Myślę, że podobna sytuacja może się zdarzyć również w Polsce. Dlatego uważam, że ubezpieczenia dodatkowe są szansą, a nie *panaceum* na wszystkie bolączki polskiej służby zdrowia. Oczywiście, w dłuższej perspektywie proponowane przez nas rozwiązania muszą zadziałać. Bo i u nas działa trend ograniczania skłonności obywateli do płacenia obowiązkowej daniny publicznej na korzyść wolności indywidualnego wyboru. Tymczasem nowoczesne technologie medyczne stają się coraz droższe i systemy obowiązkowe, publiczne nie są w stanie poradzić sobie z oczekiwaniami pacjentów. Uważam, że lepsze

„ Jeśli Andrzej Sośnierz nie wierzy w powstanie sieci, to tylko oznacza, że jest człowiekiem małej wiary ”

Co dotychczas zrobiono w sprawie sieci?

Zinventaryzowaliśmy prawie wszystko, co się dzieje w szpiz i nzoach. Znamy profile działalności wszystkich szpitali, ich kontrakty, kondycję finansową i zasięg oddziaływania i sądzą, że korzystając z mechanizmu łączenia szpitali możemy sieć szpitali wprowadzić. Będzie ona miała oczywiście pewne pietra, oparte na systemie referencyjności.

Dwa miesiące temu na łamach naszego pisma Andrzej Sośnierz powiedział, że nie wierzy w powstanie sieci.

To tylko oznacza, że jest człowiekiem małej wiary.

Wsparciem reform byłoby wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń. Tymczasem pan mówi, że nie uda ich się wprowadzić.

Ja nie mówię, że proponowane systemy ubezpieczeń dodatkowych nie będą istotnym uzupełnieniem i wsparciem dla ubezpieczeń obowiązkowych, bo to nieprawda. Twierdzą jednak, że rozwój ubezpieczeń dodatkowych, komercyjnych nie będzie jednak jakimś gwałtownym zjawiskiem, bo znam mentalność Polaków. Nasi obywatele niekoniecznie muszą być chętni do przekazywania dodatkowej składki do komercyjnej firmy ubezpieczeniowej. Po prostu nie wybiegamy zbyt dale-

i bardziej racjonalne wydawanie pieniędzy można by uzyskać poprzez zmiany organizacyjne, jak np. zakazanie lekarzom pracowania w kilku miejscach, czasami wręcz ze sobą konkurującymi, albo stwarzającymi możliwości przerzucania kosztów diagnostyki i leczenia na jednostki publiczne.

Ministerstwo zdrowia myśli o takiej regulacji poważnie?

Myślę, że trzeba to wprowadzić. Przecież nie wolno pracować w dwóch bankach. Warto przypomnieć, że dzisiaj lekarze gros pieniędzy zarabiają w jednostkach niepublicznych, ale bardzo często korzystają jednocześnie ze sprzętu placówek państwowych. Nie mamy klarownych granic między jednostkami prywatnymi i publicznymi.

Z tym są problemy na całym świecie. Czy zatem jest możliwe oddzielenie tych systemów?

Można to zrobić, jeśli jest dobra administracja i dobre regulacje prawne. Są takie kraje, gdzie to się udało. Niestety, w Polsce PPP nie ma najlepszych doświadczeń.

A jak pan ocenia fakt wstawiania do publicznych szpitali prywatnego sprzętu?

Oceniam to fatalnie. Gdyby szpital miał możliwość prowadzenia normalnej działalności kredyto-



„Lepsze i bardziej racjonalne wydawanie pieniędzy można by uzyskać poprzez zmiany organizacyjne, jak np. zakazanie lekarzom pracowania w kilku miejscach”

wo-leasingowej, to nie musiałby zezwalać na takie procesy. Dzisiaj, niestety, gwarantem wszelkiej działalności finansowo-inwestycyjnej szpitala jest samorząd, który strasznie się obawia tego rodzaju działalności, bo nietrafiony zakup inwestycyjny, często spektakularny, a jednocześnie niewykorzystany racjonalnie, to klapa finansowa szpitala. Oznacza to w praktyce ogromne kłopoty samorządu, często upadek finansowy miasta czy powiatu. Dlatego musimy znaleźć taką formułę prawną działania szpitala, która otworzy przed nim możliwości kredytowe. Czy uda nam się uprościć formułę działania szpitala? Na razie wiemy, że jest to konieczne. Trzeba się oderwać od woluntarystycznej zależności szpitala od samorządów, a jednocześnie musi wzrosnąć nadzór nad jego działalnością zadaniową i finansową.

W kierownictwie resortu jest pan jedynym członkiem PiS. Jak pan traktuje to, że podrzucano panu takie zgniłe jajo, jakim jest polityka lekowa?

Tego mi nie podrzucano – sam ten dział wziąłem, co nie znaczy, że bardzo tego chciałem. Zdaję sobie bowiem sprawę z ogromnej odpowiedzialności i zagrożeń korupcyjnych w sferze polityki lekowej państwa. Zgromadziłem w tej chwili grono ludzi, którzy przyglądają się rynkowi farmaceutycznemu z całkiem nowego punktu widzenia. Poprosiłem też pana ministra Zbigniewa Wassermana i Mariusza Kamińskiego o pomoc, więc gdyby były jakieś sygnały o nieprawidłowościach i nielegalnych działaniach w tej sferze, mamy wypracowane ścieżki wymiany informacji i współpracy.

Podobno nachodzą pana lobbyści?

Do mojego gabinetu mają prawo wejść wszyscy, jeśli tylko są wcześniej zapisani. Minister zdrowia nie może być przecież odgradzony murem od wymiany informacji oraz prezentowania różnych racji.

Przedstawiciele firm farmaceutycznych też pan przyjmuje?

Zdarza się, ale ostatnio coraz rzadziej. Wolę rozmawiać z przedstawicielami działających w tym

obszarze licznych organizacji i stowarzyszeń. Owszem – wysłuchuję każdej opinii, ale nie ma to wpływu na bezpośrednie wprowadzanie leków do systemu refundacji. Za tworzenie list leków refundacyjnych odpowiedzialne są stosowne departamenty ministerstwa, które są zobowiązane realizować strategię ustaloną przez kierownictwo resortu. Wpisanie leku na listę, ustalenie jego ceny i określenie zasad refundacji reguluje obowiązujące w Polsce prawo i wynikająca z niego procedura. Problem w tym, że jeśli przedstawiciele firm farmaceutycznych nie będą przychodzili do mnie, to pewnie znajdą inną drogę promowania swoich produktów, niekoniecznie transparentną i niebudzącą podejrzeń pozaprawnego lobbingu. Pragnę też podkreślić, że produkt, jakim jest lek, podlega na cały świecie ścisłym regulacjom i nie można wpisywać go na listy refundacyjne bez szczegółowej analizy i zastosowania jasnej i jednoznacznej procedury.

Jak po 10 miesiącach pełnienia funkcji wiceministra ocenia pan siłę lobby farmaceutycznego?

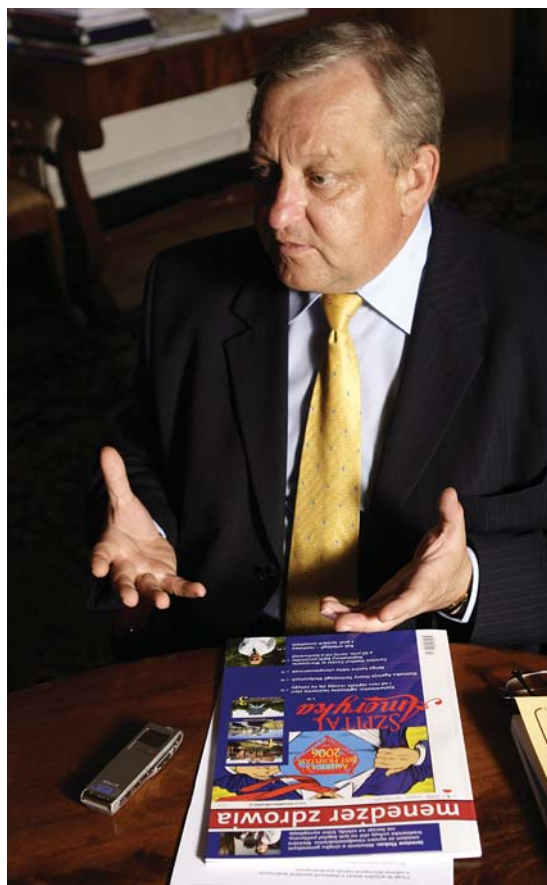
Firmy mają ogromną siłę oddziaływania. Inna sprawa, że bez współpracy z firmami farmaceutycznymi nie uda nam się rozwiązać palących problemów, wynikających chociażby z naszych zobowiązań zawartych w traktacie akcesyjnym do Wspólnoty Europejskiej. Nasz traktat akcesyjny w zakresie polityki lekowej to w pierwszym rzędzie problem tzw. okresu przejściowego dla leków, które były rejestrowane i dopuszczone do stosowania w Polsce w całkiem innych warunkach prawnych. Zobowiązaliśmy się do uzupełnienia dokumentacji rejestracyjnej leków, zgodnie z prawem obowiązujących w Unii Europejskiej do końca 2008 r. i musimy to zrobić. W przeciwnym razie grozi nam wyłączenie polskich leków z rynku aptecznego i szpitalnego, a to oznacza gwałtowny wzrost nakładów w systemie refundacji, a także skokowy wzrost cen w aptekach. Często, aby móc uzupełnić dokumentację rejestracyjną, musimy odnieść się do dokumentacji leku oryginalnego, ta zaś jest własnością określonej firmy innowacyjnej. Z uzy-

skaniem właściwej dokumentacji od tych właśnie firm mamy kłopoty, stąd też proces harmonizacji i uzupełniania dokumentacji jest bardzo trudny, a czas upływa nieubłaganie. Jak więc porównać dokumentację leku generycznego do niedostępnej dokumentacji oryginalnej? Jeśli takiej ogromnej pracy nie wykonamy, to w konsekwencji powinienem wycofać lek z listy refundacyjnej, ale również z obrotu. Traktat akcesyjny zawiera spis 13 tys. leków, które musimy w tym trybie zarejestrować. Jeżeli tego nie zrobimy, to kilkaset leków, które są kotwicą systemu refundacyjnego, spowoduje upadek polskich firm. Jak słyszę, że PHF wprowadza ład korporacyjny, a nie zajmuje się abdatowaniem (uzupełnianiem danych rejestracyjnych) swoich produktów, to za chwilę nie będzie co wprowadzać na rynek, bo od zapisów traktatu akcesyjnego nie ma odstępstwa, a termin upływa w 2009 r. i od tego roku – podkreślam – od tych firm nie będziemy mogli nic kupować – nawet przysłowiowej tabletki od bólu głowy z krzyżkiem. Dzisiaj nasi producenci i nasz Urząd Rejestracji Leków mają tylko jedno priorytetowe zadanie – zarejestrować swoje leki zgodnie z obowiązującym nas prawem farmaceutycznym.

A co z refundacją?

Pacjenci i lekarze oczekują od nas szerokiego i jak najwyższego poziomu refundacji. Często słyszę, że wybrane leki są refundowane w innych krajach, np. w Anglii czy nawet Rumunii, a u nas nie. Jak ja tego słucham, to wpadam w kompleksy. Jednak zweryfikowanie informacji powoduje, że dowiadujemy się, że owszem – dany lek jest na liście refundacyjnej, ale nikt go nie kupuje, bo jest za drogi. Każdy kraj prowadzi własną politykę refundacyjną i wybiera własne – w swojej ocenie optymalne i racjonalne rozwiązania. Ostatecznie rząd musi brać pod uwagę dwa poziomy polityki refundacyjnej. Pierwszy – to myślenie o finansach publicznych przeznaczonych na dopłatę do leku w aptece, drugi – to poziom współpłacenia pacjenta realizującego receptę. Ta krucha równowaga decyduje bowiem o dostępie pacjenta do leków. Jeżeli poziom współpłacenia będzie zbyt wysoki, to musimy się liczyć z faktem, że pacjent nie wykupi leku w aptece i w konsekwencji wyładuje w szpitalu, co nieuchronnie niesie za sobą znacznie większe koszty leczenia. Jeżeli zaś leki będą dostępne bez żadnych ograniczeń, to poziom refundacji może przekroczyć i przekroczy możliwo-

„ Dzisiaj lekarze gros pieniędzy zarabiają w jednostkach niepublicznych, ale bardzo często korzystają jednocześnie ze sprzętu placówek państwowych. Nie mamy klarownych granic między jednostkami prywatnymi i publicznymi „



ści finansowe płatnika, jakim jest NFZ. Chcę także podkreślić, że współpracujemy w tym zakresie z innymi krajami. Ostatnio nawiązaliśmy współpracę m.in. z Izraelem. Izrael oparł swoje zasady refundacyjne na wzorcach krajów wysoko rozwiniętych, jednak także dostał zadyszki i obecnie jest żywo zainteresowany naszymi rozwiązaniami, zastanawiając się, jak doprowadzić do oszczędności. Inna sprawa, że jest to trudne, ponieważ naciski wywierane przez przemysł farmaceutyczny, lekarzy, stowarzyszenia pacjentów, administracje krajów z rozwiniętym przemysłem farmaceutycznym, kreują oczekiwania często trudne do spełnienia. Niemal codziennie otrzymuję pisma z pytaniami o to, dlaczego dyskryminujemy jakąś firmę farmaceutyczną, czy dlaczego nie refundujemy takiego a nie innego leku. Pragnę podkreślić, że staram się kierować w kreowaniu polityki lekowej kryteriami zarówno medycyny opartej na dowodach, jak i możliwościami finansowymi państwa i jego obywateli, tak by dostępność do leków, a zwłaszcza jej ograniczenie nie miały najmniejszego wpływu na zdrowie naszych rodaków.

nie odpowiednie rozporządzenie jest wynikiem szerokich konsultacji i uzgodnień, a podpis i tak stawia minister zdrowia.

Skoro nie zarządza tym jeden człowiek, to czy obecne kierownictwo resortu ma wizję polityki lekowej?

Stawiamy na leki generyczne, ale już w grudniu wprowadzimy na listy sporo leków innowacyjnych. Będą to leki celowane. Chcieliśmy też doprowadzić do sytuacji, w której pewne leki mogliby przepisywać wyłącznie lekarze specjaliści, a my w resorcie moglibyśmy śledzić losy każdej recepty. Niestety, póki co – Ministerstwo Finansów i sami lekarze wyrażają się sceptycznie o tego rodzaju rozwiązaniu, argumentując, że będzie to z jednej strony ograniczenie wolności wykonywania zawodu, z drugiej zaś zbyt kosztowne wobec niewydolności systemu informatycznego Funduszu. Dlatego przejściowo NFZ będzie musiał śledzić, jak leki są ordynowane, a w przyszłości chcemy te innowacyjne produkty zsynchronizować z określonymi jednostkami chorobowymi i programami terapeutycznymi. Nie może być jednak tak jak dzisiaj, że

” Poprosiłem ministra Zbigniewa Wassermana i Mariusza Kamińskiego o pomoc, więc gdyby były jakieś sygnały o nieprawidłowościach i nielegalnych działaniach w sferze polityki lekowej, mamy wypracowane ścieżki wymiany informacji i współpracy ”

Jest pan pewien, że pod takim czy innym naciskiem w resorcie nie dokonuje się działań na pograniczu prawa?

Z tym związanych jest wiele mitów. Przyznaję natomiast, że w urzędzie rejestracji nie mamy jeszcze uruchomionego oprzyrządowania, które pozwoliłoby nam śledzić, na jakim etapie jest rejestracja danego leku. To spadek po jednej z poprzednich ekip. Po prostu ktoś kiedyś kupił program, który nie działa i musimy go naprawić. Mam nadzieję, że wszystko zadziała pod koniec roku. Do tego czasu rzeczywiście nie mogę mieć pewności, czy ktoś np. nie wstrzymuje procesu rejestracji jakiegoś leku.

Panuje opinia, że całym systemem zarządza Piotr Błaszczyk.

Pan Piotr Błaszczyk nie decyduje o systemie rejestracji. Prowadzi sprawy związane z listami refundacyjnymi, zajmuje się procedurami ustalania cen, a to, że mówi się, iż to on zarządza systemem, to dobrze – bo nie mówi się tylko o mnie. Ostatecz-

określony program terapeutyczny został skonstruowany w oparciu o jeden lek.

Obniżanie cen, do czego pan doprowadził, musiało kosztować wiele zdrowia, bo firmy farmaceutyczne to trudny przeciwnik.

Rzeczywiście, odchorowałem ten czas, ale nie z powodu firm, ale Unii Europejskiej, która poświęca wiele uwagi producentom leków innowacyjnych. Urzędnicy UE są gotowi ich chronić, wydłużając okresy przejściowe, czy stosując ochronę patentową. Zresztą do firm farmaceutycznych wielkie znaczenie przywiązują rządy większości państw. Podczas pobytu premiera w USA musiałem trzykrotnie spotykać się z przedstawicielami *American Chamber of Commerce*, która interweniowała w sprawie firm farmaceutycznych, które czują się dyskryminowane. Do Ministerstwa Gospodarki i do mnie przyjeżdżał też amerykański sekretarz gospodarki i handlu. W Izraelu myślałem, że będziemy rozmawiać o logistyce medycyny ratunkowej, a dyskusje zostały zdominowane przez problemy firmy

farmaceutycznych – dlaczego dyskryminujemy Tewę i twórcę sieci aptek – Superfarm.

Ale to oczywiste, że lobbuje się na rzecz własnego przemysłu. My tego nie możemy robić, bo nie mamy żadnej oferty. Normalne jest też, że lobbują firmy.

Firmy mogą lobbować – to oczywiste. Ale nie w tak nieprzemyślany sposób, jak u nas. Przykładem koalicja *Teraz Zdrowie*. Tam firmy uwikłały się w jakieś dziwne układy. U nas zresztą problem polega na tym, że lobbystami firm farmaceutycznych są osoby, które na pierwszy rzut oka w ogóle z nimi nie mają związku. Ja w gabinecie przyjmuję wszystkich, którzy wpiszą się na listę. Ze spotkań robione są notatki. Wolę jednak, gdy przychodzą do mnie osoby, których cele są rozpoznawalne. Tymczasem wielu rozmówców zapowiadając się deklaruje inny temat rozmowy, niż podejmowany potem w trakcie spotkania. Wchodząc do Unii spotkaliśmy się z ogromną liczbą przepisów, z presją firm farmaceutycznych, które mają świetne przygotowanie mery-

w danym regionie, a kierownikiem musi być osoba z odpowiednim wykształceniem farmaceutycznym. Mimo to jednak powstały sieci, które mają nad innymi ogromną przewagę. W efekcie 30 proc. polskich aptek jest na skraju bankructwa. Wiele z nich może w każdej chwili przejść na własność sieci, bo przecież nie wiemy, ilu aptekarzy już zawarło stosowne umowy notarialne sprzedaży swoich aptek

Innym problemem jest możliwość świadczenia usług farmaceutycznych w aptece. Dzisiaj bowiem praca aptekarza ogranicza się do wydania leku i skasowania pieniędzy. Tymczasem aptekarz powinien proponować tańszy zamiennik i być doradcą farmaceutycznym pacjenta, bo apteka jest najczęściej odwiedzaną placówką zdrowia. W związku z tym można by w niej, np. mierzyć ciśnienie czy badać poziom cukru i cholesterolu. Na razie jednak najważniejszym problemem jest geografia aptek. Aptekarze dotychczas akceptują nasz projekt. Spodziewamy się jednak, że między uchwaleniem ustawy a jej podpisaniem przez prezydenta masowo bę-

” Traktat akcesyjny zawiera spis 13 tys. leków, które musimy w tym trybie zarejestrować. Jeżeli tego nie zrobimy, to kilkaset leków, które są kotwicą systemu refundacyjnego, spowoduje upadek polskich firm ”

toryczne, głównie z zakresu prawa farmaceutycznego i administracyjnego. Firmy te mają także wielkie doświadczenie z prawodawstwem unijnym i poparcie wielu urzędników z Brukseli.

Na jakim etapie jest tworzenie listy refundacyjnej?

Jesteśmy bliżej niż dalej końca. Wyloniliśmy też leki, które są dla nas strategiczne i stanowią grupę leków referencyjnych. Problem w tym, że polskie firmy nie są do tego procesu przygotowane, bo jak wspominałem, procedura przygotowania dokumentacji jest szalenie skomplikowana.

Z cenami i refundacją leków ściśle związany jest problem działań lobby aptekarskiego.

To także silna grupa nacisku. Chcę jednak podkreślić, że w PiS zawsze panował pogląd, że apteki powinny należeć do aptekarzy. Nie udało się tego do końca przeprowadzić, ponieważ w Polsce panuje zasada, że apteka może należeć do przedsiębiorcy. Istnieją co prawda pewne rygory – właściciel nie może mieć, np. więcej niż 1 proc. aptek

dą kupowane upadające apteki i to może ograniczyć wpływ ustawy na liczbę aptek. Bo w ostatecznym rozrachunku ma być tak, że liczba aptek w Polsce będzie ograniczona. Póki co zakładamy, że nowe apteki będą mogły powstawać w miejsce już istniejących – czyli utrzymamy obecną liczbę aptek.

Wielu krytyków ustawy mówi, że spowoduje ona upadek hurtowni i aptek.

Nie sądzę, żeby tak było. Proszę także pamiętać, że na całym świecie rynek farmaceutyczny jest silnie regulowany, a apteki mają do obsługi cały rynek leków OTC, które gwarantują im przetrwanie. Poza tym proszę pamiętać, że państwo ma prawo regulować ten rynek, ponieważ jest w niego zaangażowanych 25 proc. środków, które z budżetu przeznaczamy na zdrowie.

Czy w pana macierzystej partii jest specjalny zespół zajmujący się problemami zdrowia?

Istnieje taka grupa ludzi, działająca pod przewodnictwem dr. Jacka Piątkiewicza, który zaj-

„ Podczas pobytu premiera w USA musiałem trzykrotnie spotykać się z przedstawicielami *American Chamber of Commerce*, która interweniowała w sprawie firm farmaceutycznych, które czują się dyskryminowane „

muje się problematyką legislacyjną. Na drugim biegunie jest Andrzej Sośnierz, który problemy systemu zdrowia zna od kuchni. Zresztą to właśnie on poinformował mnie, że pod względem zarządczym w NFZ jest, jak powiedział, gorzej niż się spodziewał. Jak mi powiedział – Miller był fachowcem, ale w departamentach nie opracowywano dokumentów ani sprawozdań. Nie podejmowano żadnych decyzji. Wracając do personaliów – mamy jeszcze Czesława Hoca, bardzo skuteczną w działaniach Jolanę Szczypińską, pana dr. Latosa i Małgorzatę Stryjską.

Czy Andrzej Sośnierz będzie wymieniał szefów oddziałów NFZ?

Myszę, że tak. Ale to nie jest sprawa pierwszoplanowa. Ważniejsze jest odpowiedź na pytanie: co dalej z samym NFZ? Sądzę, że NFZ w obecnym kształcie organizacyjnym jest mało wydolny. Szefowie oddziałów mają ogromne kompetencje, ale boją się je wykorzystywać i w efekcie na wszelki wypadek konkretne decyzje, które są w ich gestii przerzucają do centrali czy wręcz do Ministerstwa Zdrowia. Na moje biurko trafiają problemy, które powinny być załatwione nawet nie na szczeblu oddziału, a delegatury. To szalenie utrudnia pracę, bo angażuje w sprawy nieistotne z punktu widzenia systemu wielu urzędników ministerstwa.

Ale PiS jest zwolennikiem centralizacji. Jak do tego dojdzie, to będzie jeszcze gorzej.

Centralizacji tak, ale inaczej rozumianej. Sztandarowym zadaniem na dzisiaj jest stworzenie



foto. (4x) Dzik

koszyka świadczeń zdrowotnych i uporządkowanie świadczeniodawców publicznych. Gdy to nastąpi, będzie można mówić o równym traktowaniu jednostek publicznych i niepublicznych. Na razie panuje duża nierówność wynikająca z wad systemu ubezpieczeń oraz braku odpowiednich regulacji tego rynku.

Jednak państwo musi gwarantować bezpieczeństwo zdrowotne obywatelom.

Niedawno żartowałem, że państwo powinno opłacać tylko medycynę ratunkową, a za resztę obywatele powinni płacić sami w ramach ubezpieczeń dodatkowych. Ale tak nie jest nigdzie na świecie. Rynek świadczeń zdrowotnych musi być regulowany i to z świadomością, że zaproponowane rozwiązania prawne zostaną zweryfikowane w czasie wykraczającym poza jedną kadencję Sejmu i rządu. Nie można narzucać rozwiązań arbitralnych, które nie mają przyzwolenia społecznego. Takim przykładem Słowacja, w której wprowadzono niedawno drobne opłaty wnoszone przez pacjentów do świadczeń zdrowotnych, a po 2 latach, wobec oporu społecznego trzeba je było zlikwidować.

Rozmawiał Janusz Michalak