

A close-up portrait of Marek Twardowski, a man with short grey hair and glasses, wearing a dark suit, a striped shirt, and a dark tie. He is looking slightly to the right of the camera with a serious expression. The background is blurred.

Rozmowa
z Markiem
Twardowskim,
wiceministrem zdrowia

Robespierre polityki lekowej

Dlaczego dopiero po dwóch latach zdecydowaliście się przedstawić pakiet ustaw farmaceutycznych? Przecież Platforma Obywatelska miała program wyborczy, w tym dotyczący ochrony zdrowia. Czy to znaczy, że po władzę sięgnęliście, nie mając konkretnych rozwiązań?

Żeby coś zrobić, trzeba mieć na to czas i przyjąć odpowiednią hierarchię. Warto podkreślić, że pakiet farmaceutyczny to dziedzina, której żaden z dotychczasowych ministrów od 20 lat nie zdołał uporządkować, co – moim zdaniem – nie wynikało z zaniedbań czy niechęci, bo wiem, że poszczególne departamenty pracowały nad tymi rozwiązaniami od dawna. Zabrakło po prostu woli politycznej. Dopiero Ewa Kopacz, naj-

dłużej sprawujący urząd minister zdrowia w III RP [oprócz Jacka Zochowskiego – przyp. red.], miała wystarczająco dużo czasu, by doprowadzić sprawy do końca.

Tak dla porządku – co wchodzi w skład pakietu farmaceutycznego?

Między innymi ustawa o urzędzie rejestracji, porządkująca sprawy rejestracji leków w Polsce. W tej chwili podmiot odpowiedzialny składa wniosek w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, który ocenia tę dokumentację. Następnie przesyłana jest ona do Ministerstwa Zdrowia, gdzie urzędnicy Departamentu Polityki Lekowej znowu przeglądają dokumenty, for-

„ Koncerny farmaceutyczne wystarczająco długo blokowały zmiany, bo było to dla nich wygodne „

mułują odpowiedni wniosek i przesyłają go do mnie. Dopiero przy ul. Miodowej podejmowana jest decyzja o dopuszczeniu preparatu do obrotu. To wszystko wpływa na wydłużenie procedury. Zmiana, jaką wprowadza ustawa, to dwuinstancyjność w urzędzie rejestracji – prezes urzędu będzie także podpisywał decyzję o dopuszczeniu leku do obrotu. Resort zdrowia stanie się jedynie organem nadzorującym i odwoławczym. Z kolei prawo farmaceutyczne wreszcie implementuje większość dyrektyw unijnych, które zobowiązaliśmy się przyjąć. To na pewno wpłynie na jego większą przejrzystość. Zamierzamy ponadto uporządkować badania kliniczne – zasadnicza zmiana jest taka, że zarobi na nich i placówka, i badacz, a nie jak dotychczas najczęściej było – tylko badacz. Ale największe

zmiany zawiera ustawa refundacyjna. To będzie rewolucja na rynku polskim, chociaż nie w skali Europy. Wręcz przeciwnie – Polska jest jednym z ostatnich krajów, które nie uporządkowały tego rynku.

Rozumiemy, że zastosujemy rozwiązania unijne, tylko dlaczego dopiero teraz?

W mętnej wodzie najlepiej ryby łowić, dlatego wiele zrobiono, żeby tych rozwiązań nie wprowadzać. Koncerny farmaceutyczne wystarczająco długo blokowały zmiany, bo było to dla nich wygodne. Nie posądzam moich poprzedników o to, że nie wiedzieli o konieczności uporządkowania tej dziedziny, ale – jak już mówiłem – zabrakło woli politycznej i pewnie czasu.

Minister Piecha dwa lata temu w tym samym gabinecie mówił to samo...

Wykorzystaliśmy prowadzone przez niego prace nad tą ustawą. Dlatego liczę, że gdy projekt trafi do Sejmu, będzie razem z PO nad nią pracował i zachowa się jak opozycja, ale konstruktywna.

Skoro lobby koncernów jest tak silne, może się nie udać przegłosować zmian – sam pan mówił, że udawało się je blokować przez 20 lat.

Dziś, na tak nieuporządkowanym rynku, firmy farmaceutyczne twierdzą np., że nie mogą obniżyć ceny leku, chociaż jednocześnie stosują rabatowanie na poziomie kilkudziesięciu procent. Czas z tym skończyć. W Unii Europejskiej marża hurtowa wynosi od 1 do 7 proc., w zależności od kraju. W Polsce jest to 8,91 proc. Proszę mi pokazać podmiot odpowiedzialny bądź hurtownię, która bez walki zgodzi się na obniżenie marży, a tym samym swoich zysków. Tyle że ja odwróciłbym pytanie – jak to jest, że są kraje, gdzie marża wynosi 1 proc. i wszyscy się z tego utrzymują? Tym bardziej że to jedna z niewielu dziedzin, gdzie – mimo kryzysu – z roku na rok produkcja i sprzedaż wzrastają. Warto podkreślić, że rynek leków refundowanych w Polsce to 27 mld zł rocznie. Jest się o co bić, prawda? Dlatego będę tu twardy. Zwłaszcza że docierają już do nas pierwsze opinie w ramach konsultacji społecznych i ku mojemu zaskoczeniu większość z nich jest pozytywna.

Trzydzieści dni na rewolucję, a taki jest termin konsultacji społecznych, to jednak zdecydowanie mało. Chodzi o to, żeby nie było czasu na sformułowanie opinii przeciwnych?

To nie jest krótki czas, bo wstępne założenia znane były już w listopadzie ubiegłego roku. Poza tym w wielu krajach przez miesiąc stawia się budynki, a nie czyta kilkanaście stron dokumentu. Ci, którzy mają wyrobiony pogląd, są w stanie szybko przedstawić swoje uwagi. Powtarzam – nie ugnę się pod presją



„ Jesteśmy otwarci na dyskusję i z pewnością ustawa zostanie zmodyfikowana, ale zależy mi na tym, by zmiany były merytoryczne, a nie polityczne „

lobby farmaceutycznego, które chciałoby, żeby wszystko pozostało po staremu. Nie zostanie. Chciałbym również przypomnieć, że czas na wnoszenie poprawek będzie również podczas prac komisji w Sejmie.

Czy porozumieliście się z innymi partiami na tyle, by wiedzieć, że ten pakiet zostanie zatwierdzony przez rok?

Rząd nie ma bezpośredniego wpływu na tempo prac parlamentarnych. Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że potrafimy współpracować także z opozycją i przyjąć wiele dobrych rozwiązań. Mam nadzieję, że tak będzie i tym razem. Jesteśmy otwarci na dyskusję i z pewnością ustawa zostanie zmodyfikowana, ale zależy mi na tym, by zmiany były merytoryczne, a nie polityczne.

Jaka jest filozofia tych zmian? Poza – jak rozumiemy – ukróceniem samowoli koncernów farmaceutycznych?

Proszę zauważyć, że gdy pojawiliśmy się w resorcie, refundacja kosztowała podatników 7,3 mld zł rocznie, dziś na leki wydajemy około 8,6 mld zł i suma ta stale rośnie. To oznacza, że tylko na refundację apteczną przeznaczaliśmy o 1,3 mld zł więcej...

Ale czy to źle? Taki trend jest na całym świecie...

Z punktu widzenia pacjenta to oczywiście dobrze, że ceny leków w Polsce należą do najniższych w Europie. Z punktu widzenia płatnika ta sytuacja nie jest dobra, bo pokazuje, że na leki można wydać każde pieniądze, a im więcej przeznaczymy na refundację, tym mniej zostaje na świadczenia. Dlatego głównym założeniem ustawy refundacyjnej jest obniżenie cen leków, co



zapewni wprowadzenie kilku mechanizmów nieistniejących w polskim prawodawstwie.

Powiedział pan, że mamy najniższe ceny w Europie, jak więc leki mają jeszcze stanąć?

Śmieszą mnie opinie, że proponowane zmiany spowodują podwyżkę cen. W jaki sposób leki mogą zdrożeć, skoro cena refundowanych musi być uzgodniona z ministrem zdrowia? I to zarówno podwyżka, jak i obniżka. Pamiętajmy, że ten rynek jest bardzo konkurencyjny, w Polsce można dostać preparaty produkowane na całym świecie, nie ma więc zagrożenia, że nagle ceny skoczą. Koncernom zależy na tym, żeby sprzedać jak najwięcej, a nie na tym, by mieć najwyższą marżę. Warto spojrzeć na to szerzej – marże uregulowało 20 krajów europejskich, m.in. Albania, Austria, Belgia, Bułgaria, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia,

Luksemburg, Węgry, Irlandia i Włochy... Oczywiście, w każdym z tych państw rozwiązania są inne, ale nasza propozycja, by było to na poziomie 5 proc., nie odstaje znacząco od systemów przyjętych w Europie.

Ale czy to nie ograniczy dostępności leków?

Te same obawy pojawiały się, gdy podjęto decyzję o harmonizacji leków. We wszystkich mediach alarmowano, że czasu jest za mało i że po 31 grudnia 2008 r. półki w aptekach będą świeciły pustkami. I co się stało? Nic. Tak samo będzie teraz. Jest zbyt dużo pieniędzy na rynku do zebrania, by ktoś się na nas pogniewał, że robimy to, co cała Europa dawno zrobiła.

Czy po zmianach na refundację nadal będziemy przeznaczać 8 mld zł?

Wprowadzamy w ustawie dwu-, trzyletnie memorandum na wydatki. Jeśli ustawa wejdzie w życie w 2011 r., kwota na refundację z roku 2010 obowiązywać będzie przez kolejne dwa, trzy lata. Uważamy, że nawet zachowując ten sam poziom wydatków, będzie można kupić więcej leków niż dotychczas. Umożliwi to m.in. powołanie Komisji Ekonomicznej, która zastąpi Zespół ds. Gospodarki Lekami. Jej zadaniem będzie negocjowanie cen z koncernami, co na pewno przełoży się na obniżki.

Kim będą członkowie komisji?

Dwunastu przedstawicieli powoła minister zdrowia, pięciu NFZ. W zespole negocjacyjnym znajdzie się czterech przedstawicieli ministra i jeden funduszu. Za ich pracę będzie płaciło Ministerstwo Zdrowia – do trzech średnich krajowych pensji miesięcznie [około 10 tys. zł brutto – przyp. red.], więc pieniądze nie do pogardzenia. Aby zostać członkiem tego zespołu, nie tylko trzeba będzie mieć umiejętności negocjacyjne i znać się na ekonomii, ale także podpisać klauzulę o braku konfliktu interesów.

Czyli będą to tzw. eksperci zewnętrzni, a nie urzędnicy ministerstwa czy funduszu?

Oczywiście, to będą niezależni eksperci.

Skąd weźmiecie takie osoby? Przecież większość ludzi zajmujących się rynkiem farmaceutycznym jest mniej lub bardziej związana z konkretnymi firmami?

Nie zgadzam się z tą opinią. Są ludzie znający się na rzeczy, którzy nie są związani z koncernami i nigdy nie byli, i będą chcieli pracować na zlecenie ministra zdrowia, a tym samym na rzecz dobra publicznego. Trzeba po prostu przestać myśleć z perspektywy Warszawy, a zacząć szukać w innych miejscach. Nawet funkcjonowanie ochrony zdrowia w stolicy jest dziwaczne, a im dalej od niej, tym jest lepiej. Dlatego zaczynając tworzyć listę potencjalnych ekspertów,



„ Wykorzystaliśmy efekty pracy ministra Piechy. Dlatego liczę, że gdy ustawa trafi do Sejmu, będzie on razem z PO nad nią pracował i zachowa się jak konstruktywna opozycja „

nawet nie pomyślałem o osobach mieszkających w Warszawie i tylko zmieniających miejsce pracy z jednego koncernu na drugi.

Kolejną nowością jest wprowadzenie trzyprocentowego podatku od obrotu. Wielu ekspertów uważa jednak, że lepsze byłoby rozwiązanie Garattiniego, czyli podatek od marketingu.

Zastanawialiśmy się nad tym i doszliśmy do wniosku, że sprawdzenie, ile naprawdę koncerny wydają na marketing, nie będzie takie proste. Wiemy, że jest to mniej więcej jedna trzecia budżetu, ale udowodnić to byłoby trudno.

Ale czy w ten sposób nie karze się tych firm, które będą miały najwięcej i najnowszych, a więc i najdroższych leków?

W Niemczech lekarze, składając sobie życzenia, mówią: „obyś płacił jak największe podatki”. Tak samo będzie z koncernami – te mające największy obrót i najdroższe leki po prostu będą miały z czego zapłacić podatek, bo zarobią najwięcej.

Na co zostaną przeznaczone te pieniądze?

Trafią do AOTM i w wypadkach wątpliwych, gdy okaże się, że z dokumentacji wynika, iż lek jest cudowny, a doświadczenia tego nie potwierdzą, będzie można zlecić niezależne badania kliniczne. I to nie tylko w Polsce, ale każdym dowolnie wybranym kraju. Wreszcie zyskamy realną, obiektywną podstawę do refundacji, bo dziś

musimy się opierać na badaniach robionych pod koncerny farmaceutyczne. W dodatku wszystkie badania przeprowadza się, porównując lek z placebo. Mając pieniądze, będzie można przeprowadzić badania porównujące dany lek z innym lekiem, dzięki czemu będzie wiadomo, czy droższy rzeczywiście jest lepszy od tego tańszego. Jeśli dodamy do tego, że preparaty nie będą wpisywane na listę leków refundowanych raz na zawsze, jak jest teraz, to jasne się staje, że wprowadzamy mechanizm pozwalający na lepszy i szybszy dostęp pacjentów do leków najnowszych. To postulat samego przemysłu, który od lat domagał się, by innowacje nie musiały czekać w kolejce. Spełniliśmy te żądania.

Sprzeciw budzi też konieczność podpisywania umów między aptekami a NFZ. Aptekarze mówią wprost – to sposób na zlikwidowanie części punktów.

Przewidywałem, że to rozwiązanie napotka opór. Do tej pory, zgodnie z ustawą, NFZ co 14 dni musiał płacić aptecce sprzedającej leki refundowane. Płatnik nie miał możliwości, by wyciągnąć konsekwencje wobec apteki łamiącej prawo. W przyszłości umowy nie będą zawierane w ramach konkursu czy dobrej woli, ale w trybie wnioskowym, czyli płatnik nie będzie mógł odmówić jej zawarcia. Konsekwencją podpisania umowy są zarówno obowiązki, jak i przywileje. Apteki będą chronione przed samowolą NFZ, mówię tu o wszystkich awanturach o nieczytelne recepty, brak krzyżyka itp., a równocześnie aptekarze nie będą mogli urządzać promocji „leki za grosz” czy „leki za złotówkę”, bo będzie im za to grozić kara. Od finansowej począwszy, na rozwiązaniu umowy skończywszy. A nie wyobrażam sobie, że jakaś apteka będzie mogła się utrzymać na rynku, sprzedając jedynie leki OTC.

Wygląda na to, że chcecie za pośrednictwem NFZ zlikwidować część aptek...

Nie. Zawarcie umowy spowoduje również i to, że aptekarz, który uzna, że fundusz nie powinien mu naliczyć kary, będzie mógł podać NFZ do sądu. Dziś takiej możliwości nie ma. Inna sprawa, że rzeczywiście aptek jest za dużo, wystarczy się rozejrzeć. Jeśli przyjąć kryterium, że na aptekę powinno przypadać 4 tys. pacjentów, to w Polsce powinno być tych aptek 10 tys. Tymczasem jest ponad 13 tys., a do tego dochodzą punkty apteczne i sklepy zielarsko-medyczne, które walczą między sobą. Czas z tym skończyć, ale nie chcemy tego ogólnie regulować, bo rynek robi to za nas.

Słowo rynek przewija się przez całą ustawę...

Tak, bo chcemy wreszcie stworzyć w Polsce rynek leków z prawdziwego zdarzenia. Nikt mnie przed tym nie powstrzyma.

Rozmawiali Janusz Michalak i Agnieszka Katrynicz