

A portrait of Marek Twardowski, a middle-aged man with white hair and glasses, wearing a dark pinstriped suit, a white shirt, and a patterned tie. He is smiling slightly and looking towards the camera. The background is a dark, ornate pattern with gold accents. He is sitting at a wooden table, with his hands resting on it.

Rozmowa
z Markiem Twardowskim,
wiceministrem zdrowia

Twardowski tak,
wypaczenia nie

W ostatnich latach w Polsce rosła kwota przeznaczana na refundację leków. Mamy kryzys, oszczędności – ten trend zostanie najprawdopodobniej odwrócony. Kogo to dotknie?

Na pewno nie zostanie odwrócony, co najwyżej tempo przyrastania wydatków refundacyjnych nieco zmaleje. W tym roku, mimo licznych obniżek wydatków na różne cele, akurat te na refundację wzrosły. Przekroczono pierwotny plan (7,35 mld zł) i to w zasadzie przy braku istotnych sprzeciwów z jakiegokolwiek strony i rok zamknie się kwotą ok. 8 mld zł całkowitej refundacji ze strony NFZ. Mielśmy przy tym wcześniej jeden z najwyższych odsetków współpłacenia przez pacjenta za leki w Unii – przy średniej unijnej 30 proc., w Polsce odsetek ten wynosił 36 proc. Dziś spadł do 33 proc. Brak sprzeciwów ze strony ośrodków decyzyjnych wynikał z tego, że przyjęliśmy dobrą politykę refundacyjną. Zaczęliśmy refundować leki nowoczesne (choć droższe), dzięki czemu pacjent nie wymaga np. częstych hospitalizacji. Co ważne – przyjmując je, mógł normalnie funkcjonować, nawet pracować. Lwia część refundacji dotyczyła chorych przewlekle. To polityka świadomie wybrana przez nas. Wyszliśmy z założenia, że jeżeli lek stosowany jest sporadycznie, pacjentowi łatwiej będzie znaleźć środki na jego wykupienie i budżet domowy udźwignie taki wydatek. Gorzej sytuacja wygląda w przypadku chorych przewlekle, wtedy kupno leków zakłócić może trwale równowagę finansową pacjenta. Takim chorym potrzebna jest większa pomoc, i w tym kierunku podąża nasza polityka. Nie zrezygnujemy z niej. Co ważne – czynniki decyzyjne w państwie nie oczekują takiej rezygnacji, zgadzają się z naszą polityką.

Decyzje refundacyjne wiążą się z lobbingsiem konkretnych leków, konkretnych koncernów.

Lobbing w granicach prawa jest dozwolony i spotkania z koncernami farmaceutycznymi odbywają się w Ministerstwie Zdrowia wg ściśle określonej procedury opracowanej przez nas w 2007r. Dzięki spotkaniom z firmami farmaceutycznymi w Polsce mamy najniższe w Europie ceny wielu leków refundowanych, a takie ceny można uzgodnić wyłącznie na drodze rozmów z konkretnymi koncernami farmaceutycznymi. Chcemy czy nie, musimy takie rozmowy prowadzić, wysłuchać argumentów producenta, podać swoje, próbować osiągnąć kompromis. Nie możemy po prostu nie słuchać argumentów naszych partnerów z biznesu farmaceutycznego, to byłoby nielogiczne i szkodliwe. Oznacza to, że urzędnicy odpowiedzialni za decyzje refundacyjne z natury rzeczy stają się obiektem lobbingu ze strony koncernów. Skoro nie można tego uniknąć – rozmowom lobbingsowym trzeba nadać jak najbardziej przejrzysty charakter, zachować jak najwyższe standardy. Nam się to udało, sądzę, że proponowane przeze mnie procedury, zaakceptowane

i wprowadzone przez kierownictwo resortu rozwiązania, spełniają najostrzejsze kryteria.

Jak to wygląda w praktyce? Co by się stało, gdybym zadzwonił do pańskiej sekretarki jako przedstawiciel firmy farmaceutycznej i poprosił o spotkanie z panem?

Po pierwsze, usłyszałby pan, że należy pisemnie zwrócić się do MZ. Tematy spotkania muszą być precyzyjnie ustalone.



„ Spotykamy się z koncernami farmaceutycznymi. Lobbing w granicach prawa jest przecież dozwolony ”

A gdybym powiedział wprost – że chodzi o refundację konkretnego leku?

Spotkanie może się odbyć tylko wg przyjętej w MZ procedury. Takie spotkania odbywają się w gmachu MZ, głównie w Sali Mauretańskiej. Tam czekałby zestaw do nagrywania rozmów. W rozmowie nie uczestniczyłbym sam. Musiałby się pan liczyć z obecnością nawet kilku urzędników oprócz mnie. Z reguły umawiam się w towarzystwie przynajmniej trzech urzędników, ale w przypadku, gdy temat rozmowy jest *stricte* lobbingsowy, grono uczestników rozmowy powiększa się o przedstawiciela dyrektora generalnego MZ – zgodnie z ustawą lobbingsową. Całość spotkania zawsze jest nagrywana, a nagrania archiwizowane.

Co się dzieje potem z takimi nagraniami? Chciałbym odsłuchać któreś z nich. Naszych czytelników z pewnością zaciekawia przebieg rozmów, dobór argumentów, dyskusja...

Odsłuchać – nie. Obowiązuje nas tajemnica poufności rozmów, zgodnie z życzeniem koncernu farmaceutycznego.

tycznego. Nagranie nie jest przeznaczone do publikacji, a do udokumentowania prawidłowości procesu spotkania z firmą wg przyjętej procedury. Dostęp do nagrań mają tylko osoby upoważnione dzięki kompetencjom jakie mają w naszym ministerstwie, czy też instytucje śledcze, o ile tego zażądata.

Dlaczego nie opublikować tego w Internecie? Wtedy właśnie była pełna przejrzystość, a tak jest mimo wszystko ograniczona.

Na przeszkodzie stoi właśnie tajemnica handlowa – zgodnie z życzeniem koncernu farmaceutycznego. Nie ma na świecie zwyczaju publikowania wszystkich rozmów handlowych, jest natomiast zapisany w różnych formach obowiązek zatrzymania w tajemnicy szczegółów omawianych spraw. Nie leży w naszym interesie łamanie reguł obowiązujących na świecie, zresztą takie upublicznianie byłoby szkodliwe dla interesu pacjentów. Gdybyśmy upubliczniali wszystkie rozmowy – automatycznie dawalibyśmy konkurentom firmy, z którą rozmawiamy, wgląd w strategię biznesowe firm i negocjacyjne – Ministerstwa Zdrowia. Zależy nam na równym traktowaniu wszystkich naszych partnerów biznesowych, a nie na tym, by w praktyce narażać na szwank interes tych, którzy przychodzą na rozmowy. Podkreślam: nagrania są do wglądu dla upoważnionych osób, w uzasadnionych przypadkach.

A gdybym, dalej jako przedstawiciel firmy farmaceutycznej, usiłował zaskoczyć pana na którejś z konferencji, na których pan bywa, i opowiedzieć o leku mojej firmy?

Przerwałbym panu i poprosił, by zwrócił się pan piśmiennie o spotkanie w ministerstwie. Następnie działalibyśmy wg procedury, o której mówiłem. Sporadycznie dopuszczamy możliwość spotkań o charakterze ogólnym, np. na prośbę zagranicznych dyplomatów, poza ministerstwem, ale wtedy także jest regułą, że do spotkania nie dochodzi w cztery oczy, zawsze bierze w nim udział kilka osób z DPL MZ, które mi towarzyszą. Ostatnio takie spotkanie odbyło się na prośbę ambasadora Danii i dotyczyło ogólnych zasad refundacji w Polsce.

Jak miałyby się sprawa, gdybym przedstawił się jako przedstawiciel nie koncernu farmaceutycznego, a stowarzyszenia chorych zainteresowanych refundacją konkretnego leku?

Procedura podobna. Chcemy ją także dodatkowo ostryżać. Wiemy, że liczne stowarzyszenia pacjentów wspierane są finansowo przez konkretnych producentów leków. Chcemy poprosić, by przed spotkaniem poinformowały nas, kto wspiera je finansowo i w jakim zakresie. Chcemy, by takie oświadczenie było obowiązkowe. Przygotowujemy projekt odpowiednie-



go zarządzenia ministra. Gdy zostanie przyjęty, będzie jasne, kto konkretnie finansuje stowarzyszenie.

Był pan liderem Porozumienia Zielonogórskiego. Jak doświadczenie z tamtych czasów przydaje się przy sprawowaniu funkcji ministra?

Tak jak wiele doświadczeń zebranych w czasie 35-letniej kariery w zawodzie lekarza. W tym czasie pracowałem i w szpitalu, i w podstawowej opiece zdrowotnej. Jeśli chodzi konkretnie o wpływ pracy dla Porozumienia Zielonogórskiego na moje decyzje i priorytety w pracy ministra, nie dostrzegam bezpośredniego związku. Jednak mniej więcej w czasie, gdy działałem w Porozumieniu, nasunęły mi się pomysły na walkę z luką pokoleniową w zawodzie lekarza, realizowane obecnie wspólnie przez całe kierownictwo Ministerstwa Zdrowia.

Luka ta wcale się nie zmniejsza...

Sukcesem jest to, że nie rośnie w tak dramatycznym tempie, jak w latach poprzednich. Strach pomyśleć, co działoby się, gdybyśmy w swoim czasie nie zatrzymali odpływu lekarzy młodych i średniego pokolenia.



„ Nie możemy po prostu nie słuchać argumentów ze strony naszych partnerów z biznesu farmaceutycznego, to byłoby nielogiczne i szkodliwe „

W Polsce na 10 tys. mieszkańców przypada 20,3 lekarza. Daje nam to przedostatnie miejsce wśród krajów Unii. Naprawdę nie stać nas na kolejne odejścia lekarzy z zawodu, czy ich emigrację. Podwyżki dla rezydentów, zwiększenie puli miejsc dla nich odbyło się za naszej kadencji. Mam satysfakcję z tego, że na czas, a nie po czasie, bo takie ryzyko też istniało.

A inne środki? Otwarcie rynku dla lekarzy z zagranicy, zwiększenie liczby miejsc na uczelniach medycznych?

Polski rynek pracy jest otwarty dla zagranicznych lekarzy w tym samym stopniu, co w pozostałych państwach Unii. To, że nie garną się oni do nas, wcale nie wynika z barier formalnych stawianych przez nasze państwo, a z relatywnie niższych zarobków lekarzy w naszym kraju. Ci z krajów zachodnich nie są zainteresowani przyjsciem do pracy w Polsce bo zamiast zyskać, straciliby na tym finansowo. Można by liczyć na lekarzy zza wschodniej granicy. W Polsce w porównaniu z Ukrainą, Rosją czy Białorusią – zarobki lekarzy rzeczywiście są wyższe. Jednak lekarz ukraiński czy rosyjski, jeżeli już decyduje się na emigrację, zda-

wanie dodatkowych egzaminów, opuszczenie kraju – wybiera na ogół nie to państwo, które jest mu geograficznie najbliższe, czyli Polskę, a to, w którym zarobić można jak najwięcej, wielokrotność tego, co uzyskalby w Polsce, czyli np. Francję, Niemcy.

Poruszył pan też sprawę zwiększenia liczby miejsc na polskich uczelniach medycznych. Robimy to. Mamy z tym jednak pewien kłopot. Liczby miejsc na uczelniach nie można radykalnie zwiększyć z dnia na dzień. Studentom trzeba zapewnić odpowiedni poziom kształcenia, kadre dydaktyczną, pomieszczenia, wyposażenie. Wiąże się to z inwestycjami, dodatkowymi kosztami i czasem potrzebnym na zorganizowanie odpowiedniego zaplecza. O ile jakaś uczelnia upora się z zabezpieczeniem takiego zaplecza, występuje do nas z wnioskiem o zwiększenie liczby przyjmowanych studentów. Proces ten trwa cały czas, ale na jego efekty w postaci istotnego zwiększenia liczby miejsc trzeba poczekać. Szybsze rezultaty przyniesie kolejne planowane przez nas posunięcie – zrezygnowanie z obowiązkowego rocznego podyplomowego stażu studentów.

Jak w praktyce miałyby wyglądać zrezygnowanie z obowiązkowych staży podyplomowych?

Opracowany jest projekt aktu prawnego, który po prostu je zniesie. Obecnie przepisy stanowią, że student medycyny po ukończeniu uczelni uzyskuje ograniczone prawo wykonywania zawodu. Warunkiem uzyskania pełnego prawa jest odbycie rocznego

„ Chcemy poprosić, by przed spotkaniem z urzędnikami ministerstwa stowarzyszenia pacjentów informowały nas, kto wspiera je finansowo i w jakim zakresie. Chcemy, by takie oświadczenie było obowiązkowe „

stażu podyplomowego. Chcemy to zmienić i doprowadzić do sytuacji, w której po uzyskaniu dyplomu lekarz uzyskiwałby pełne prawo do wykonywania zawodu – wiedzę praktyczną zdobywałby wtedy w trakcie normalnej pracy, teoretyczną – robiąc specjalizację, tak jak w wielu krajach Europy. Gdy wziąć pod uwagę sprawę luki pokoleniowej w zawodzie lekarza, będzie miało to szybki praktyczny efekt. Bo obecnie,

„ Jeżeli lekarz ukraiński czy rosyjski zdecyduje się na emigrację, to dlaczego miałyby wybrać Polskę, a nie np. Francję czy Niemcy ”

Po prostu uczą się oni na uczelni przez 5 lat, ich postępy w nauce przez 5 lat śledzą i sprawdzają wykładowcy – by po ukończeniu uczelni w pełni nadawać się do wykonywania zawodu. Nie rozumiem, dlaczego podobnie nie miałyby być w przypadku polskich studentów medycyny, którzy w dodatku uczą się dłużej niż inni, bo przez 6 lat.



„ Przez obowiązek odbywania rocznego stażu podyplomowego – używając obrazowego porównania z piłką nożną – cały rocznik absolwentów polskich uczelni medycznych siedzi na ławce rezerwowych ”

Przeciw jest znaczna część samego środowiska lekarskiego. W sondzie portalu *Przypadki kliniczne* liczba zwolenników i przeciwników zniesienia stażu była równa, głosy rozłożyły się w proporcji 50 : 50.

Przeciwnicy zniesienia stażu podnoszą bardzo ważny argument, który musimy mocno wziąć pod uwagę. Kłopotem jest to, że obecne programy nauczania nie kładą odpowiedniego nacisku na praktyczną naukę zawodu lekarza. Najpierw więc należy zapewnić odpowiednią zmianę programów, a potem poczekać, aż absolwenci studiów medycznych ukończą uczelnie wg nowych reguł. Znowu potrzebny jest czas na to, aż przyjdą efekty, prawdopodobnie dopiero wśród studentów młodszych roczników, ci ze starszych dokończą edukację po staremu. Tyle, że aby dobre efekty w ogóle przyszły, podstawę prawną i koncepcję zmian musimy ustalić i zacząć wprowadzać już dziś. Nad nią właśnie pracujemy. Sądzę, że rezultatów w postaci oficjalnych projektów aktów prawnych można się spodziewać bardzo szybko.

Bartłomiej Leśniewski

używając obrazowego porównania z piłką nożną – cały rocznik absolwentów polskich uczelni medycznych podczas rocznego stażu niejako siedzi na ławce rezerwowych. Zmiana tego stanu rzeczy, danie im pełnego prawa wykonywania zawodu, spowoduje, że będzie ich można wykorzystać od razu. I będzie to fair także wobec samych studentów medycyny. Studenci architektury, inżynierowie projektujący mosty otrzymują pełnię prawa swoich zawodów tuż po uzyskaniu dyplomu – choć błędy w sztuce przy wykonywaniu ich zawodu, tak jak w przypadku studentów medycyny, mogą sprowadzić zagrożenie dla życia i zdrowia ludzi.