



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (6.)
w dniu 13 stycznia 2016 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Ministra Zdrowia na temat sytuacji ekonomicznej aptek oraz dostępu pacjenta do leków refundowanych.

(Początek posiedzenia o godzinie 8 minut 35)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu. Witam wszystkich na posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia.

Dzisiejszy punkt, nad którym chcemy się pochylić, obejmuje informację ministra zdrowia na temat sytuacji ekonomicznej aptek oraz dostępu pacjentów do leków refundowanych.

Czy ktoś z państwa senatorów ma uwagi do porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń, czyli porządek jest zaakceptowany.

Czy w posiedzeniu uczestniczą przedstawiciele podmiotów prowadzących działalność lobbingową w rozumieniu ustawy o działalności lobbingowej w stanowieniu prawa? Nie.

Chciałbym powitać na posiedzeniu przedstawicieli farmaceutów. Może imiennie powitam tylko prezesa, pana Grzegorza Kucharewicza. Witam przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia z panem ministrem Krzysztofem Łandą na czele. Witam przedstawicielkę Narodowego Funduszu Zdrowia, panią Iwonę Kasprzak.

Chciałbym, aby nasz porządek posiedzenia przedstawiał się następująco: na początku wysłuchamy przedstawicieli środowiska aptekarskiego, następnie do różnych propozycji środowiska ustosunkuje się pan minister i przejdziemy do dyskusji i zadawania ewentualnych pytań, najpierw przez państwa senatorów, a potem ewentualnie przez zaproszonych gości.

Oddaję głos przedstawicielom środowiska aptekarskiego.

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Grzegorz Kucharewicz:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący, może na początek byśmy przedstawili sytuację ekonomiczną aptek. Bardzo byśmy prosili, żeby zrobił to pan Stanisław Kasprzyk z firmy IMS Health Poland. Tak że bardzo proszę o umożliwienie tej prezentacji.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Tak, proszę bardzo. I oczywiście proszę o bardzo zwięzłe i krótkie wystąpienia. Dziękuję.

Senior Manager w IMS Health Poland Stanisław Kasprzyk:

Tak, rozumiem.

Proszę państwa, ze względu na ramy czasowe prezentacja będzie dotyczyła tylko pewnych wybranych aspektów rynku aptek. Jest ona dlatego istotna, wzięwszy pod uwagę analizy, że firma, którą reprezentuję, na rynku działa 25 lat, tak więc zakres naszych informacji na temat rynku aptecznego, rynku hurtowego, producentów, w ogóle rynku farmaceutycznego w Polsce – firma zajmuje się tylko tym aspektem rynku – jest szeroki. Omówię tu dwa wybrane problemy: jeden dotyczy zmian, trendów na rynku aptek, a drugi jest związany z ustawą refundacyjną i jej konsekwencjami.

Proszę państwa, pierwsze pytania, które się pojawiają: czy w Polsce jest dużo aptek, czy mało? Czy jest ich za dużo, czy za mało, jak to wygląda? Jeśli popatrzymy na tę pierwszą część wykresu, gdzie jest średnia liczba ludności na aptekę, to wyraźnie zobaczymy, że Polska lokuje się w dolnym rejestrze. Nie to jest jednak istotne, ważniejsze jest, jak wygląda dochód czy średnia sprzedaż aptek w wybranych krajach. I tutaj pozycja Polski jest znacznie niższa, to są zupełnie końcowe fragmenty tego wykresu. Pierwsza istotna uwaga jest więc taka: w Polsce jest po prostu dużo aptek i średnia sprzedaż apteki jest jedną z niższych w Unii Europejskiej. To jest jedna sprawa.

Oczywiście jeśli mówimy o aptekach i ich kondycji, istotna jest nie tylko sprzedaż, lecz także obowiązująca marża, bo ona generuje odpowiednie zyski, które pozwalają aptece w sposób, można powiedzieć, bezpieczny działać na rynku ochrony zdrowia.

Proszę państwa, teraz przejdę do naszego rynku. Popatrzmy, jaka jest liczba aptek w Polsce. Liczba aptek w Polsce od początku, od kiedy było 3300 aptek cefarmowskich, systematycznie rosła. Rynek został prawie całkowicie, właściwie całkowicie sprywatyzowany i trend wzrostu liczby aptek nadal się utrzymuje. Można powiedzieć, że kluczowe w tym wszystkim jest to, że za wzrost liczby aptek odpowiadają przede wszystkim sieci, natomiast liczba aptek indywidualnych powoli, ale systematycznie spada. To jest wynik, jakieś saldo, które obserwujemy.

Proszę państwa, duże różnice zdań i dużo dyskusji, dość emocjonalnych dyskusji, budzi sprawa sieci działających w Polsce na rynku aptecznym. Gdy popatrzmy na dynamikę wzrostu liczby sieci w Polsce – to jest wykres od 2010 r., kolejne trzecie kwartały w poszczególnych

latach – wyraźnie widzimy, że na początku było niecałe 200 sieci, a w tej chwili jest ich prawie 360. Oczywiście to jest dynamika. Ważniejszą sprawą jednak niż liczba sieci jest grupa aptek, które są skupione w sieciach. O ile na początku wykresu, obrazującego 2010 r., jest liczba prawie 3 tysiące aptek, czyli około 22%, o tyle w tej chwili, czyli w końcu minionego roku, było ich ponad 5100, czyli 36,6%. Tak więc 36,6% aptek, które działają w Polsce, jest zgrupowanych w łańcuchach. Dynamika jest zatem dosyć wyraźna. W ciągu ostatnich 10 lat liczba aptek wzrosła o prawie 10%.

Sieci oczywiście są różne: małe, średnie, duże. Istnieje prawie 25 sieci, które mają powyżej 30 aptek w Polsce, a 14 ma powyżej 50 aptek. Liczba aptek, które są w sieci, nie świadczy jednak o ich potencjale. Ważne jest to, że te sieci, czyli te 36,6%, odpowiadają za ponad 50% sprzedaży na rynku polskim. To znaczy, że statystyczna apteka w sieci sprzedaje prawie 2 razy więcej niż apteka indywidualna. Ten proces cały czas postępuje. W różnych krajach Europy ma on różne wymiary, w jednych jest pełno sieci w regionie, w niektórych ich tworzenie jest całkowicie zabronione. W ramach każdego kraju regulacje są dowolne, to jest poza jurysdykcją Unii Europejskiej.

Proszę państwa, tak więc 36,6% aptek w Polsce, które są w sieciach, odpowiada za ponad 50% obrotu. Za chwilę będę jeszcze mówił, dlaczego te sieci tak dynamicznie rosną. Jeśli weźmiemy pod uwagę apteki indywidualne, których jest ponad 63%, to i one, widząc, jakie korzyści płyną z bycia w sieci czy jakby postrzegania sieci na rynku, też zaczęły przyjmować pewne formy organizacji. Z tych ponad 63% aptek ponad 54% w pewien sposób się zgrupowało. To są nadal apteki indywidualne, ale prowadzą różnego rodzaju działalność. Grupują się na zasadzie franczyzy, to są też apteki w tzw. sieci wirtualnej, są grupy zakupowe, które pracują nad tym, aby stworzyć pewien silny potencjał zakupowy, co ułatwia sprawę negocjacji między sieciami a producentem czy hurtownią. Tak więc wszystkie organizacje aptek indywidualnych są odpowiedzią na rosnącą siłę aptek sieciowych.

Teraz pytanie, dlaczego powstają sieci. To jest istotne pytanie. Chodzi o czynnik stymulujący. To jest oczywiście pochodna wprowadzenia ustawy refundacyjnej. Ustawa refundacyjna zdecydowanie pogorszyła sytuację ekonomiczną aptek, to jej wprowadzenie stymuluje rozwój sieci. Dlaczego? Dlatego że, tak jak w innych branżach, poszukuje się efektu skali. Efekt skali to jest silniejsza siła negocjacyjna w stosunku do producenta i do hurtowni i dzięki temu lepsze warunki handlowe oraz możliwość negocjacji lepszych rabatów, upustów itd., oczywiście w grupie asortymentu, w której jest to dozwolone.

Uprzywilejowana pozycja sieci, zarówno indywidualnych, że tak powiem, czyli tych wirtualnych, jak i sieci, można powiedzieć, własnościowych, polega na tym, że one mają uprzywilejowaną pozycję w stosunku do pacjenta i realizują cele marketingowe producenta, bo tak to trzeba powiedzieć. Oprócz tego efekt skali jest pozytywny nie tylko w stosunku do producenta, hurtowni, lecz także oznacza optymalizację kosztów zarządczych, wszelkiej logistyki i oczywiście działań marketingowych. To jest pierwsza sprawa, którą chciałem poruszyć.

Druga to jest wpływ nowej ustawy refundacyjnej na rynek aptek. Gdy popatrzymy na założenia tej ustawy – to są wybrane elementy oczywiście – to zobaczymy zmianę systemu naliczania marży. To jest istotne, bo do roku 2012 była marża degresywna, zmieniono ją, wprowadzono zapis, który nie funkcjonuje w innych krajach Unii Europejskiej, mianowicie jest marża od limitu. Takiego rozwiązania w żadnym kraju Unii Europejskiej nie ma. To jest jeden element. Drugi to są sztywne ceny, sztywne marże i częste zmiany na listach leków refundowanych. To wszystko spowodowało erozję kwoty marżowej w łańcuchu dystrybucji. To jest bardzo istotne, bo kwota marżowa to jest pochodna cen leków, które w Polsce, jak wiemy, są bardzo niskie. Mamy duży rynek generyków, których ceny są stosunkowo niskie w stosunku do leków innowacyjnych. Ponadto konsumpcja leków jest na europejskim poziomie, można powiedzieć. I mamy też niskie marże. Z tego wynika suma marży, która zasila łańcuch dystrybucji, czyli hurt i detal, i umożliwia mu prawidłową pracę. Tak było, ale ustawa refundacyjna wyraźnie obniżyła kwoty marży w łańcuchu dystrybucji.

Proszę państwa, w ustawie refundacyjnej jest kilka elementów, które wpłynęły na rynek. Mianowicie zdecydowanie obniżyła się jego dynamika – zaraz o tym powiem. Redukcja marży, o czym powiedziałem przed chwilą, i częsta aktualizacja listy refundacyjnej spowodowały trudności w zarządzaniu magazynem, zarówno po stronie hurtu, jak i detalu. To znaczy kłopot był z wszystkimi częstymi zmianami, które wprowadzano na rynku farmaceutycznym, szczególnie na przełomie roku. Pierwszym efektem, który wyraźnie widzieliśmy, było to, że tzw. półka w aptece się zmniejszyła, czyli zmniejszył się asortyment, i zmniejszyła się głębokość tej półki, to znaczy liczba opakowań danego leku na półce. Państwo może mieli okazję tego doświadczyć, będąc w aptece.

Proszę państwa, to oczywiście miało konsekwencje dla pacjenta. O ile kiedyś pacjent wędrował w poszukiwaniu najtańszego leku – tak było, była taka „turystyka”, o czym się mówiło, pacjent szukał, gdzie najtaniej może kupić lek refundacyjny, bo cały czas mówimy o lekach refundacyjnych – o tyle po wprowadzeniu reformy sytuacja się zmieniła, to znaczy nie wszystkie apteki miały pełen asortyment. Można było receptę zostawić i wrócić po lek. Tak że pierwszą konsekwencją była taka „turystyka”.

Drugą, też logiczną konsekwencją, można powiedzieć, było pogorszenie się sytuacji, jeśli chodzi o – nazwijmy to – opłacalność, w cudzysłowie, posiadania w aptece leków refundowanych. Zarówno po stronie hurtu, jak i detalu kompensowano to zwiększonymi cenami producenta, zwiększonymi cenami leków nierefundowanych, leków OTC. Czyli kompensowano straty poniesione na sprzedaży innego asortymentu. I oczywiście to wszystko razem miało negatywny wpływ na pacjenta, bo on odczuł to w kieszeni, a poza tym często musiał leków szukać, niekoniecznie leków bardzo drogich.

Popatrzmy teraz na to, o czym wspominałem, czyli na zmianę dynamiki. Proszę państwa, pierwszy słupek to jest rok 2011. Niebieskie słupki oznaczają leki refundowane, ciemnoniebieskie – leki nierefundowane. Wszystkie to są leki na receptę. Wyraźnie widzimy obniżenie dynamiki

rynku. To jest podane wartościowo. W pierwszym okresie 2012 r. o 21% wartościowo zmniejszyła się sprzedaż leków refundowanych. Sumarycznie w tych trzech latach – 2012, 2013, 2014 – sprzedaż leków refundowanych była mniejsza o 7 miliardów 100 milionów zł. Mówimy o cenach brutto w aptece. Pochodną tego jest marża, generowana marża, która po prostu była w aptece. To miało ewidentnie skutki. Jakie skutki?

Proszę państwa, gdy popatrzymy na kwotę marży na lekach refundowanych, to wyraźnie widzimy – to jest ten pierwszy słupek, wartość marży na lekach refundowanych przed wprowadzeniem reformy i w kolejnych latach po jej wprowadzeniu, ostatni słupek to 11 miesięcy tego roku – że kwota marży, czyli ta, która zasila apteki, ze sprzedaży leków refundowanych w tych trzech latach: 2012, 2013, 2014, jest mniejsza o 1 miliard 400 milionów zł. Po prostu tyle fizycznie nie znalazło się w kasie aptecznej. Tak więc to jest istotna sprawa. Średnio wypada około 2 tysięcy 600 zł na jedną aptekę w ciągu roku.

Proszę państwa, teraz drugą rzecz, która jest bardzo kłopotliwa z punktu widzenia apteki. Sztwyne ceny, sztywne marże. Tymczasem zmiana listy refundacyjnej, czyli zmiana cen leków refundowanych, obowiązuje od dnia wprowadzenia, czyli danego dnia miesiąca, w którym wprowadzono zmianę. Szczególnie uciążliwe to było na przełomie roku, kiedy negocjowano ceny z producentami. Apteka w żaden sposób nie jest w stanie zgromadzić zapasów w swoim magazynie, dlatego że nie wie, jakie będą zmiany, a tymczasem bieżąca praca wymaga posiadania leków na stanie. Dochodziło więc do bardzo trudnych sytuacji, szczególnie po wprowadzeniu reformy, kiedy pacjenci wędrowali w poszukiwaniu możliwości zrealizowania recepty. Dlaczego? Dlatego że apteka schodziła ze stanem magazynowym do minimalnego poziomu zaopatrzenia, aby uniknąć zagrożenia, że zostanie z towarem, który będzie musiała sprzedać taniej, niż go kupiła. Bo to jest właśnie to zjawisko. Po zmianie, która nastąpiła w latach 2011–2012, czyli po wprowadzeniu reformy, straty z tego tytułu były bardzo wysokie, sięgały prawie 70 milionów zł. To były straty związane z przeceną w magazynie i z niemożliwością sprzedaży zakupionego leku w cenie, która by pozwoliła przynajmniej na zerowy zysk. Popatrzmy na lata 2011–2014. Ten ostatni okres, 2015 r., nie jest jeszcze pełny. Straty były na poziomie ponad 10 tysięcy zł z powodu przeceny w magazynie. Pamiętajmy, że to jest średnia. W niektórych latach – widzieliśmy takie dane, mamy je – bywało, że na przełomie roku jedna apteka traciła powyżej 20 tysięcy zł z tytułu przeceny w magazynie. I to nie wynikało ze złego zarządzania, nie wynikało z nieprzewidzenia czegoś, to jest niemożliwość zareagowania w adekwatny do zmian sposób, bo tego się nie da zrobić. Wydawanie leków refundowanych, wydawanie leków na receptę jest po prostu powinnością aptekarza.

Proszę państwa, podsumuję teraz tę prezentację. Pierwsza sprawa. Wprowadzenie ustawy refundacyjnej negatywnie wpłynęło na sytuację ekonomiczną aptek. Nikt nie ma co do tego wątpliwości. Są dane dotyczące opłacalności prowadzenia sprzedaży leków refundowanych i wyraźnie widać, że ekonomicznie w tej kwestii się bardzo, bardzo pogorszyło.

Druga sprawa. Sytuacja ekonomiczna, czyli to, co się zdarzyło, ten negatywny wpływ ustawy wymagał reakcji, tak to nazwijmy. Reakcją są nie tylko redukcje magazynów i różne inne działania w ramach apteki czy grupy aptek, lecz także dalszy proces usieciowienia i tworzenia łańcuchów aptek, konsolidacja rynku, także aptek indywidualnych. Istotne jest też to, co właściwie nie odbiło się żadnym echem, a jest – jeszcze raz podkreślam – bardzo istotne, że nie wykazano żadnego zainteresowania, aby pochylić się nad marżą na leki refundowane. Marża, która została ustalona w sposób arbitralny na takim poziomie, jaki jest – mówimy o marży degresywnej, ale od limitu – po prostu nie odpowiada standardom Unii Europejskiej.

W Unii Europejskiej obserwuje się istotny kierunek: odstępuje się od tych wszystkich prostych systemów – tak to nazwijmy – marżowych, szuka się możliwości zabezpieczenia rynku aptecznego, jako istotnego z punktu widzenia ochrony zdrowia pacjentów czy ludności, tworzy się systemy oparte na tzw. opłacie dyspensyjnej, czyli po prostu jest ustalona kwota, którą pacjent płaci za wydanie leku – nie jest ważne, czy on jest droższy, czy tańszy – co poprawia sytuację ekonomiczną aptek.

Poza tym nie spojrzano na zjawiska, które bardzo mocno zaczynają wpływać na rynek dystrybucji. Mianowicie sytuacja na rynku farmaceutycznym, o czym państwo też wiedzą, się zmienia – mamy coraz tańsze leki generyczne i dużo bardzo drogich leków specjalistycznych. Do apteki tak naprawdę leki drogie najczęściej nie trafiają, szuka się innego kanału ich dystrybucji. To jest dystrybucja albo bezpośrednia, albo poprzez szpitale. Aptekom wypada więc istotny element rynku farmaceutycznego, na którym była generowana spora marża. O tym trzeba też pamiętać, bo to jest zjawisko w Polsce powszechne. W tej chwili na rynku aptecznym sprzedaż bezpośrednia to jest 5%, ale ona systematycznie rośnie, w niektórych krajach stanowi 17%, na rynku szpitalnym w Polsce – 27%. To są znaczące elementy tego rynku i o tym trzeba pamiętać, żeby po prostu się zabezpieczyć.

Te wszystkie zjawiska, które obserwujemy, wspomniane przeze mnie, czyli polaryzacja cenowa: drogie – tanie, dystrybucja bezpośrednia, migracja do szpitali, a także alternatywne kanały dystrybucji – mówimy o sprzedaży pozaaptecznej, mówimy o sprzedaży przez internet – tak naprawdę mają wspólny mianownik: mniej towaru w aptece. A mniej towaru w aptece, i to tańszego towaru, to jest po prostu równocześnie erozja marży. Proszę państwa, posługiwanie się marżą degresywną nie ma wielkiego znaczenia, jeśli mamy tanie leki. Jeżeli lek kosztuje złotówkę... może nie złotówkę, ale 2 zł, 3 zł, to nawet gdy marża wynosi 30%, nadal są to grosze, prawda? Tak więc o tym też trzeba pamiętać. Dlatego rewizja marży jest bardzo istotnym elementem, żeby zabezpieczyć rynek zarówno ze względu na interes państwa, jak i interes pacjenta. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Jeszcze raz przypominam, proszę państwa, o czasie, bo on nie jest z gumy. Pana wystąpienia nie przerywałem, ale było ono troszeczkę za długie.

Proszę o kolejne wystąpienia ze strony farmaceutów. Przypominam tylko, że musimy mieć też czas na odpowiedź pana ministra i dyskusję senatorów.

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Grzegorz Kucharewicz:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie!
Panie Ministrze! Szanowni Goście!

Myśmy zawsze mieli problem z czasem, ale spraw jest tak dużo i są one tak ważne, że nie sposób jest pewnych wypowiedzi skrócić. Rynek, jak widzimy, wymaga bardzo poważnych zmian i przedstawienie tego problemu też wymaga czasu. Tak że bardzo proszę o cierpliwość, a ja postaram się oczywiście jak najkrócej przedstawić ten problem.

Przede wszystkim, Panie Przewodniczący, w imieniu Naczelnej Izby Aptekarskiej, farmaceutów, członków naszego samorządu, chcę bardzo serdecznie podziękować za zorganizowanie dzisiejszego posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia, poświęconego właśnie sytuacji ekonomicznej aptek oraz problemom związanym z dostępem pacjentów do aptek, a co najważniejsze, do leków.

Dramatyczna sytuacja ekonomiczna wielu polskich aptek, grożąca destabilizacją systemu dystrybucji aptecznej, reglamentowanie leków ratujących zdrowie i życie, limitowanie dostaw do aptek w związku z wprowadzeniem przez niektóre firmy farmaceutyczne tzw. sprzedaży bezpośredniej, rozszerzający się obrót pozaapteczny produktami leczniczymi, nad którym państwo nie ma praktycznie żadnej kontroli – to są najważniejsze problemy wymagające pilnych działań polskiego rządu.

Obecna sytuacja na rynku to przede wszystkim efekt liberalnej polityki kolejnych rządów, złudnej wiary w to, że tzw. niewidzialna ręka rynku zastąpi racjonalne działania państwa. To konsekwencje wieloletnich zaniedbań i niechęci polityków do uporządkowania rynku farmaceutycznego oraz wprowadzenia regulacji gwarantujących pacjentom bezpieczeństwo zdrowotne, farmaceutom – niezależność wykonywania zawodu, a aptekom – spokojne wypełnianie ustawowych zadań nałożonych na nie jako placówki ochrony zdrowia publicznego.

Większość regulacji, na które od wielu lat bezskutecznie czekają polscy aptekarze, od dawna jest obecna w porządku prawnym państw zachodniej Europy, a ich zasadność potwierdziły orzeczenia Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej. W tej sytuacji argumenty o rozbieżności rozwiązań prawnych proponowanych przez samorząd aptekarski z prawem unijnym są nieprawdziwe i bezzasadne. W istocie zaczynam reform w obszarze służby zdrowia jest, po pierwsze, właściwe rozeznanie tego, co jest, a co nie jest dobrem publicznym; po drugie, wola polityczna; i po trzecie, umiejętności przeciwstawienia się różnym grupom interesu, realizującym własne cele biznesowe.

Od wielu lat samorząd aptekarski konsekwentnie proponuje wprowadzenie regulacji, które pozwalają rozwiązać najbardziej palące problemy polskich aptek i pacjentów. Środowisko aptekarskie niepokoi brak oczekiwanych i wielokrotnie zapowiadanych przez poprzednich ministrów zdrowia istotnych zmian w prawie farmaceutycznym.

Wyrzucenie do kosza przez poprzedniego ministra zdrowia, późniejszą premier, panią Ewę Kopacz gotowego projektu ustawy – Prawo farmaceutyczne, współtworzonego przez Naczelną Izbę Aptekarską, ma już wymiar czysto symboliczny. Przypomnę, że miało to miejsce w 2008 r. Ciągłe jest odkładana również nowelizacja ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków. W połowie 2013 r. samorząd aptekarski złożył uwagi do projektu założeń do ustawy o zmianie ustawy refundacyjnej. I cóż? Zapadła cisza, od tego czasu nadal czekamy na projekt nowelizacji. Tymczasem konsekwencją zaniechań poprzednich rządów i swoistej niechęci do porządkowania rynku farmaceutycznego jest dramat pacjentów, poszukujących leków, i aptekarzy, którzy nie tylko nie mogą przyjść z pomocą chorym, lecz także, coraz częściej, tracą swoje miejsca pracy – podstawę bytu rodziny. Kondycja ekonomiczna wielu aptek, szczególnie małych, rodzinnych, należących do indywidualnych aptekarzy, jest katastrofalna.

Podstawowym zadaniem każdej apteki jest wydawanie leków refundowanych, tymczasem kwota marży nie pokrywa obecnie nawet kosztów ich wydawania. Kondycję finansową aptek pogarsza oczywiście przyjęta ustawa refundacyjna, którą myśmy w znacznej części popierali, ale sposób naliczania marży urzędowej detalicznej był nie do przyjęcia. Nie zgodziliśmy się absolutnie z tym sposobem liczenia marży. Polega on na tym, że marża nie jest liczona od wartości zakupu leku przez aptekę, lecz od tzw. limitu, czyli od ceny hurtowej środka leczniczego, stanowiącej podstawę limitu w danej grupie limitowej. To jest kuriozalna sytuacja. Nie znam państwa, w którym marża byłaby liczona w ten sposób. Został stworzony system nietransparentny, trudny do zrozumienia dla pacjentów i po prostu zabijający nasze apteki. To jest błędne koło i trzeba z tym skończyć.

Nie bez znaczenia jest – kolega o tym mówił – brak regulacji pozwalających aptekom rekompensować szkody ponoszone w związku ze zmianami w wykazach leków refundowanych. To są kwoty, które sięgają dziesiątków milionów złotych, 60–70 milionów zł w skali roku. Nie wiemy, jaka teraz będzie przecena. Naczelna Izba Aptekarska gromadzi informacje na ten temat. Podam może przykłady strat z powodu przeceny w aptekach. Po wprowadzeniu ostatniej, nowej listy refundacyjnej jedna z aptek w Szczecinie poniosła stratę w kwocie 4 tysięcy 800 zł, apteka wrocławska – 9 tysięcy zł, apteka w Stargardzie... Oczywiście wiem, że nie jest to wina obecnego ministra, bo to były chyba w większości decyzje poprzedniej ekipy. Tak że to są bardzo duże kwoty, takich strat po prostu nie można zaakceptować. Proponowaliśmy kiedyś, żeby te kwoty były np. odpisywane od podatku, żeby była jakaś forma rekompensaty. Musimy bezwzględnie rozwiązać ten problem, bo to po prostu zabija apteki.

Jednym z najważniejszych problemów, jeśli chodzi o bezpieczeństwo zdrowotne Polaków, jest zagwarantowanie wszystkim aptekom i pacjentom stałego i równego dostępu do leków refundowanych, które w Polsce – proszę państwa, wróciliśmy do czasów głębokiej komuny – są reglamentowane. Mówię to z pełną odpowiedzialnością. Apteki nie mają równego dostępu do leków. W naszych aptekach stale brakuje około 200 leków. Zdaję sobie sprawę, że to jest

inna liczba niż wskazana na liście, bo tam jest teraz chyba liczba 141 leków, i powiem państwu, dlaczego tak jest. Po prostu aptekarze już nie mają siły, a niektórzy nawet nie chcą dawać sprawozdań o brakach leków, bo i tak skutek jest taki, jak się orientujemy, że eksport wzrósł jeszcze bardziej, a my ciągle mamy problem z dostępem do leków. Tak że teraz jest jeszcze gorzej. Zwracam uwagę, że to jest bardzo poważny problem społeczny, bo taka sytuacja zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu obywateli naszego kraju. Obecnie tylko 3 hurtownie, dosłownie 3 hurtownie, wskazane przez producentów, mają wyłączny dostęp do ponad 100 ważnych leków. Czwarta pod względem wielkości hurtownia w naszym kraju, która zaopatruje kilka tysięcy aptek, została pozbawiona dostępu do wielu leków refundowanych.

W ubiegłym roku, jak pamiętamy, farmaceuci zaprotestowali przeciwko reglamentacji leków i modelowi dystrybucji, który narzuciły firmy farmaceutyczne, limitując dostawy produktów leczniczych do aptek. Nie mogliśmy się zgodzić, by o kształcie i sposobie dystrybucji leków w Polsce decydowały firmy farmaceutyczne oraz wybrane przez nie hurtownie i powiązane z nimi sieci aptek. Nie mogliśmy się pogodzić z obojętnością polityków, lekceważących potrzeby lekowe pacjentów, ignorujących propozycje samorządu aptekarskiego. Protest zainicjowany przez Naczelną Izbę Aptekarską poparło kilka tysięcy farmaceutów. Po upływie kilku miesięcy od wejścia w życie tzw. ustawy antywywozowej nadal brakuje leków, a w zasadzie jest jeszcze gorzej. Ostrzegaliśmy, że ta ustawa nie rozwiąże problemu braku leków. Posłowie nie przyjęli jednak propozycji Naczelnej Izby Aptekarskiej, aby ustawowo zagwarantować równy dostęp aptek i pacjentów do refundowanych środków leczniczych.

Chciałbym przypomnieć, że wnioski mniejszości zgłoszone przez posłów Prawa i Sprawiedliwości, tożsame z propozycją samorządu aptekarskiego, zostały odrzucone przez koalicję PO-PSL-SLD. W rezultacie nie ma przepisu, który realnie zapewniłby uczciwym przedsiębiorcom prowadzącym hurtownie farmaceutyczne, a także współpracującym z nimi aptekom stałe dostawy produktów leczniczych w ilościach niezbędnych do zaspokojenia potrzeb pacjentów. My nie chcemy ilości takich, które pozwalają na dystrybucję w łańcuchu odwróconym, na sprzedaż za granicę, my chcemy mieć leki dla naszych pacjentów. Mamy więc nadzieję, że ustawa antywywozowa zostanie jak najszybciej znolizowana, ale nie w kierunku totalnej liberalizacji, lecz wręcz przeciwnie. Myśmy proponowali wprowadzenie kar, żeby ci, którzy są nieuczciwi – czy to hurtownie, czy apteki, które wywożą leki, eksportują je, uczestniczą w pozbawianiu polskich pacjentów dostępu do leków – obligatoryjnie, w trybie karnym byli pozbawiani zezwoleń. Okazało się, że jest to niemożliwe. Chcieliśmy, żeby sieci, w której nawet tylko jedna apteka popełnia przestępstwo, były zabierane wszystkie zezwolenia. Okazało się to jednak niemożliwe.

Podsumuję. Obecnie nie ma możliwości prowadzenia niezależnych aptek realizujących podstawowe zadania ustawowe, ponieważ niezależne apteki nie mają dostępu do wszystkich produktów leczniczych. Ponadto o dostępie do leków decydują podmioty sieciowe. Warunki oferowane niezależnym aptekom są gorsze od warunków, jakie mają

apteki sieciowe. Nie wprowadzono też, wzorem większości krajów Unii Europejskiej, ograniczenia demograficznego i geograficznego w zakładaniu nowych aptek, co oznacza, że podmiot będący w sieci może bardzo łatwo zniszczyć niezależną aptekę. Rozszerzanie obrotu pozaaptecznego podważa w ogóle sens istnienia aptek ogólnodostępnych. Ustawowy model dystrybucji leków oparty na hurtowniach farmaceutycznych i aptekach został zastąpiony przez modele stworzone i realizowane przez poszczególnych producentów i duże hurtownie farmaceutyczne.

Niestety przez wiele lat nie podjęto skutecznych działań w celu wyeliminowania tzw. sprzedaży bezpośredniej. Nieprecyzyjne regulacje prawne, brak działań państwa doprowadziły w konsekwencji do koncentracji rynku farmaceutycznego, zarówno wertykalnej, jak i horyzontalnej. Powstały, jak widzieliśmy, silne sieci aptek i hurtowni, które sukcesywnie i metodycznie eliminują z rynku apteki indywidualne. To powoduje, niestety, że dojdzie do bardzo mocnej monopolizacji rynku. W tej sytuacji, gdy będzie pełna monopolizacja rynku, każdy rząd dojdzie do ściany. Takie warunki nie będą dobre dla rządu, ale przede wszystkim dla pacjenta. Dzisiejsze obniżki cen leków i stwarzanie takich niby dobrych warunków skończy się w momencie, kiedy cały rynek zostanie przejęty.

Tworzenie kanałów dystrybucji niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa spowodowało, że niezależne hurtownie nie mają pełnego dostępu do leków, apteki permanentnie borykają się z brakiem leków ratujących zdrowie i życie. Powszechna stała się praktyka polegająca na tym, że wytwórcy za pomocą nielegalnych instrumentów kierują swoje leki wyłącznie do wybranych hurtowni farmaceutycznych, a te oferują leki tylko swoim aptekom. Tymczasem ani dostęp do leku, ani jego cena nie mogą być instrumentem służącym do uzyskiwania przewagi rynkowej, pozyskiwania pacjentów czy też dzielenia aptek na lepsze i gorsze. Apteka musi się stać silnym, stabilnym ogniwem dystrybucji leków w Polsce. Trzeba tę ekonomiczną stabilność zagwarantować i stworzyć sprzyjające warunki do prowadzenia działalności. Trzeba, jak powiedziałem, sprzeciwić się monopolizacji rynku hurtowego i monopolizacji rynku detalicznego. Trzeba doprecyzować przepisy, ustawowe zakazy koncentracji, a także egzekwować ich przestrzeganie przez właściwe organy państwa. Ustawiony przez ustawodawcę próg antykoncentracyjny, tzw. 1% aptek w województwie, miał stanowić skuteczną barierę dla procesów niekorzystnych zarówno dla pacjenta, jak i państwa zobowiązanego do zagwarantowania wszystkim obywatelom bezpieczeństwa zdrowotnego, a uczestnikom rynku – warunków działania zgodnie z regułami ochrony konkurencji. Niestety obowiązująca zasada 1% jest osłabiana przez same organy administracji państwowej, które ignorują wynikające z obowiązujących przepisów ograniczenia. Przykładem może być postępowanie Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Urząd nie rozpatruje tych kwestii pod kątem prawa farmaceutycznego, lecz na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej. Naszym zdaniem, niedopuszczalne jest interpretowanie prawa w ten sposób, że przepis art. 99 ustawy – Prawo farmaceutyczne w ogóle nie jest brany przez urząd antymonopolowy pod uwagę.

Najważniejsze postulaty samorządu aptekarskiego, nazywane pakietem dla farmacji, dotyczące prawa polskich pacjentów, podstaw funkcjonowania aptek jako placówek ochrony zdrowia publicznego oraz zasad wykonywania zawodu farmaceuty, przekazaliśmy niedawno, podczas spotkania w Ministerstwie Zdrowia, panu ministrowi Radziwiłłowi w obecności pana ministra Łandy. Wiele proponowanych przez Naczelną Izbę Aptekarską regulacji od lat obowiązuje w krajach zachodnich, w zachodniej części naszego kontynentu. Rządy państw członkowskich Unii Europejskiej przykładają dużą wagę do właściwego funkcjonowania systemu dystrybucji aptecznej. Regulacje krajowe mają przede wszystkim zagwarantować bezpieczeństwo zdrowotne obywateli.

Przykładem zdecydowanych działań państwa w obszarze dystrybucji leków i polityki lekowej mogą być Węgry. W 2011 r. wydawało się, że wobec takiego rozwoju sieci niemożliwe jest ich likwidowanie. Tymczasem minister zdrowia Węgier wprowadził ustawę – Prawo farmaceutyczne, która zdecydowanie zmieniła sytuację, sposób dystrybucji leków na Węgrzech i przede wszystkim jej kontroli. Przekazaliśmy panu ministrowi Radziwiłłowi informacje na temat reform węgierskich, przekazaliśmy tłumaczenie ustawy węgierskiej o zmianie prawa farmaceutycznego, przekazaliśmy tłumaczenie sprawozdania rządu Węgier o aptekach ogólnodostępnych z października 2014 r. Działanie tej ustawy zostało ocenione i okazało się, że ona przyniosła bardzo, bardzo pozytywne skutki na rynku farmaceutycznym na Węgrzech.

W imieniu samorządu aptekarskiego – już powoli kończę – i ponad 30 tysięcy farmaceutów zwracam się do posłów na Sejm, do senatorów Rzeczypospolitej Polskiej, do naszego rządu o podjęcie pilnych prac legislacyjnych oraz wprowadzenie następujących regulacji prawnych: uchwalenie przepisów zapewniających polskim pacjentom dostęp do leków refundowanych; zagwarantowanie stałego i równego dostępu do leków; wprowadzenie do polskiego porządku prawnego zasady, że aptekę mogą prowadzić wyłącznie farmaceuci lub spółki kontrolowane przez farmaceutów; wprowadzenie mapy potrzeb usług farmaceutycznych, określającej liczbę oraz rozmieszczenie aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych, które mogą być utworzone w danym województwie; ustanowienie w związku z tym kryteriów demograficznych i geograficznych, które powinny być uwzględniane podczas wydawania nowych zezwoleń; uchwalenie ustawy normującej kompleksowo zasady wykonywania zawodu farmaceuty oraz funkcjonowania izb aptekarskich; zmianę sposobu ustalania urzędowej marży detalicznej; wprowadzenie rozwiązań prawnych zabezpieczających właścicieli aptek przed negatywnymi konsekwencjami finansowymi obniżania cen leków refundowanych w wyniku zmiany wykazów refundacyjnych; wyeliminowanie obrotu lekami w sklepach ogólnodostępnych – przemawia za tym ważny interes społeczny – leki muszą wrócić do aptek, bo tam są właściwe warunki do ich przechowywania i tylko tam pacjent uzyska rzetelną informację, co jest najważniejsze w nabywanym leku; dostosowanie przepisów o obowiązku pełnienia dyżurów przez apteki do podstawowych zasad państwa prawa. Dzisiaj apteki dyżurują, ale nie dostają

za to żadnej rekompensaty. Taka sytuacja nie może trwać, bo to po prostu zubaża apteki, wielu aptekarzy na to nie stać. Apteki jedno- i dwuosobowe nie mają możliwości funkcjonowania w takich warunkach. Ponadto oczekujemy doprecyzowania i uszczelnienia regulacji dotyczących łączenia obrotu hurtowego z detalicznym w ramach tego samego podmiotu jednostek powiązanych. Nie ma możliwości, żeby hurtownia była powiązana z siecią aptek, bo zawsze będą miały lepsze warunki i zawsze będą rozgrywać rynek między sobą. Zwracamy się o wprowadzenie przepisów wzmacniających rolę aptek szpitalnych i farmaceutów wykonujących zawód w aptece; o wprowadzenie refundowanej opieki farmaceutycznej. Rozwiązania wymagają też problemy z zagospodarowaniem leków, które pozostają w aptece po wygaśnięciu zezwolenia. Tak więc, według opinii Naczelnej Izby Aptekarskiej, obecna sytuacja na rynku aptecznym wymaga pilnych i radykalnych decyzji legislacyjnych.

Proszę zobaczyć, ile problemów poruszyłem, a to nie są wszystkie, jest ich całe mnóstwo. I żeby zrobić to, co zrobiono w innych krajach Unii Europejskiej, np. w Belgii czy na Węgrzech, konieczne jest szybkie uchwalenie przepisów zawieszających tworzenie nowych aptek. Przepisy te powinny obowiązywać do czasu wypracowania i wprowadzenia do polskiego porządku prawnego nowych, kompleksowych regulacji porządkujących rynek farmaceutyczny w naszym kraju.

Memorandum, o którym mówimy, musi jak najszybciej wejść w życie, żeby ten rynek się nie rozwijał w dotychczasowym kierunku. Teraz jest cała masa próśb o nowe zezwolenia. Po prostu przedsiębiorcy, którym zależy na rozwoju sieci, walczą o to, żeby uzyskać jak najwięcej zezwoleń. Oni się boją, że wejdzie w życie moratorium, a to byłoby naprawdę istotne rozwiązanie i to bardzo szybkie, które jest potrzebne, żeby uniemożliwić powstawanie nowych aptek. W tym czasie to, co Węgrzy zrobili... W Brukseli, proszę państwa, w Belgii, od 1991 r. trwa moratorium i nic się złego nie stało, świat się nie załamał. Tak że to funkcjonuje i można wypracować naprawdę dobre przepisy.

Mamy tu propozycję, ja złożę ją na ręce pana przewodniczącego Kraski z prośbą, aby państwo się z tym zapoznali i ewentualnie rozważyli możliwość inicjatywy senackiej takiego moratorium. Mamy też cały pakiet ustaw, który prześlę panu ministrowi, bo chcemy współpracować i współpracujemy. Mam nadzieję, że współpraca z rządem będzie się dobrze układała. Jesteśmy do pana dyspozycji. Jeżeli będzie taka wola Ministerstwa Zdrowia, to jesteśmy w stanie dać naprawdę dobre rozwiązania, które będą służyły zarówno pacjentom, jak i całemu systemowi dystrybucji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Prezesie, za ten dość głośny i dramatyczny głos branży farmaceutycznej. Na pewno będziemy wielokrotnie o tym rozmawiać i głos państwa będzie słyszalny. W rozmowach z ministerstwem będziemy poszukiwać konsensusu, szczególnie że, tak jak pan to określił, chodzi głównie o dobro pacjenta. I na tym powinniśmy się głównie koncentrować.

Macie państwo, strona farmaceutyczna, jeszcze 15 minut. Tak więc proszę, kto jeszcze miał zabrać głos? Proszę w kolejności.

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Grzegorz Kucharewicz:

Panie Przewodniczący, chcielibyśmy, żeby głos zabrały jeszcze 2 osoby: wiceprezes Marek Jędrzejczak i pan Darek Smoliński, który jest szefem departamentu aptek szpitalnych, a tam też są różne ważne sprawy i on chce je poruszyć. Jeżeli jest taka możliwość, Panie Przewodniczący, to prosimy o troszeczkę więcej czasu, żebyśmy mogli przedstawić wystąpienie, które mamy przygotowane. Ja zdaję sobie sprawę z tego, że to są obszerne wystąpienia, moje szczególnie, ale naprawdę problem jest bardzo poważny.

Bardzo proszę, teraz wiceprezes Marek Jędrzejczak.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Tak, proszę bardzo. Tylko że, jak mówię, mamy ograniczony czas, bo dzisiaj jest posiedzenie Senatu. Musimy więc troszeczkę ograniczyć też wystąpienia. Jeżeli jednak będzie taka potrzeba, to powrócimy do tego tematu na kolejnym posiedzeniu komisji.

Proszę bardzo.

Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Marek Jędrzejczak:

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Drodzy Państwo!

Proszę państwa, o farmacji zawsze się mówiło mało albo w ogóle, nigdy nie było na nią czasu. Najczęściej była nie ta ustawa, był nie ten czas. Jest mnóstwo spraw, które w przedsiębiorstwie określaliśmy mianem „kwestie wymagalne”. Taką kwestią wymagalną jest rozmieszczenie aptek i ich obsada. Popatrzcie państwo, jakim potencjałem, jakim potężnym potencjałem dysponuje rząd Rzeczypospolitej: ma prawie 32 tysiące farmaceutów. Ale aptek jest 14 300, czyli mniej więcej 2 farmaceutów przypada na jedną aptekę. Tymczasem są apteki, w których pracuje po 5, 6 czy 8 farmaceutów, czyli działalność jakiejś części aptek to jest fikcja. Jest około 30% aptek za dużo. Te kwestie są regulowane w całej Europie Zachodniej. Potencjału w postaci fachowych pracowników medycznych, jakimi są farmaceuci, nikt dobrze liczący nie będzie marnował. Niestety, kiedy spojrzymy na polskie akty ustawowe, np. na prawo farmaceutyczne, to stwierdzimy, że ten zawód czasami jest niedowartościowany, sprowadzany niejednokrotnie do roli sprzedawcy. Zapisy ustawowe często są sprzeczne, tym samym działają dysfunkcyjnie na cały system ochrony zdrowia, ponieważ apteka jest nieodłącznym jego elementem, trybem.

Zasady funkcjonowania aptek wymagają głębokiej reformy, podejścia indywidualnego, znalezienia na to czasu. Nasi koledzy w zachodniej części Europy, w znakomitej większości krajów, dzisiaj zajmują się problemem lekowym, zarządzaniem problemem lekowym.

Wprowadzono zmiany do ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Zgodnie z art. 95a tworzy się regionalne mapy potrzeb zdrowotnych. Wzorem tych rozwiązań proponowalibyśmy wprowadzić, poprzez zmiany w prawie farmaceutycznym, również mapy potrzeb usług farmaceutycznych. W większości krajów Unii Europejskiej takie mapy funkcjonują. W 12 krajach Unii Europejskiej są tzw. mapy potrzeb lekowych państwa. Podmiotem, proszę państwa, jest pacjent, rozwiązania legislacyjne są tworzone dla pacjenta. Tak więc wzorem ustawy o świadczeniach zdrowotnych moglibyśmy stworzyć regionalne mapy usług farmaceutycznych, za które byłoby odpowiedzialni wojewodowie, oczywiście w ścisłej współpracy z właściwymi organami okręgowej izby aptekarskiej. Pracą natury technicznej, czyli wykonaniem map regionalnych mógłby się zająć samorząd, natomiast wojewoda nadałby im znaczenie formalne. Mapy regionalne byłyby przekazywane do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, np. do 1 lutego poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania mapy. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego sporządzałby ogólnopolską mapę potrzeb usług farmaceutycznych, zwaną mapą ogólnopolską, którą przekazywałby do 1 kwietnia poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania map ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Minister właściwy do spraw zdrowia z kolei w ciągu 2 miesięcy mógłby dokonać odpowiednich korekt i przekazać już obowiązującą mapę do monitorowania Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego. Oczywiście mapy miałyby charakter dynamiczny, zwłaszcza w przypadku aptek, bo niejednokrotnie się zdarza, że zezwolenia, z różnych powodów, na prowadzenie apteki zostają wygaszone, również na skutek postępowań dyscyplinarnych. Mapy musiałyby być oparte na przejrzystych, transparentnych kryteriach. Średnim kryterium europejskim jest 3 tysiące pacjentów na aptekę. Tak więc jest to kryterium demograficzne. Kiedy ono by nie obowiązywało? Wtedy gdy odległość od miejsca planowanej lokalizacji apteki do najbliższej funkcjonującej liczona w linii prostej wynosiłaby co najmniej 500 m albo gdy z wnioskiem o zezwolenie występowałby następca prawny, który nabył całą aptekę ogólnodostępną bezpośrednio od podmiotu posiadającego zezwolenie.

Proszę państwa, staniemy w niedługim czasie m.in. przed bardzo ważnym zadaniem monitorowania dystrybucji produktu leczniczego. Chodzi o tzw. ustawę antyfałszówkową. Na rynku aptek panuje totalny chaos. Powstają apteki nie tylko do celów dystrybucyjnych. Dla niektórych podmiotów apteka nie jest miejscem zaopatrywania społeczeństwa. Zdarzały się przypadki, teraz są już rzadkie, jak sądzę, że aptekę otwierało się po to, by dokonać eksportu leków poza granice naszego kraju.

Zasadniczym kryterium jest więc liczba 3 tysięcy osób na aptekę. Ale spójrzmy, jakie w ogóle kryteria rządzą w Europie w planowaniu dystrybucji detalicznej produktów leczniczych. Są to: aspekt demograficzny, czyli minimalna liczba ubezpieczonych na aptekę, i minimalna odległość między aptekami. Niejednokrotnie takim kryterium jest również konieczność obecności placówki świadczeniodawcy. W niektórych krajach kryteriów pilnuje i je ustanawia administracja lokalna, rządy landów czy odpowiedników, powiedzmy, naszych województw. Nie ma kraju w Unii

Europejskiej, bogatego kraju zachodniego, w którym kryteriów rozmieszczenia aptek w ogóle by nie było, tak jak to jest u nas.

Proszę państwa, są również kraje, większość krajów zachodniej Unii Europejskiej, w których właścicielem apteki może być tylko farmaceuta.

Proszę państwa, czy w prawie w narodowym można wprowadzać własne regulacje? Oczywiście, Europejski Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej wielokrotnie wydawał orzeczenia, ostatnie było z 14 lutego 2014 r., stwierdzające w swojej konkluzji, że kraje członkowskie Unii Europejskiej mogą wprowadzać do swojego porządku prawnego ograniczenia dotyczące otwierania aptek.

Proszę państwa, ostatnia sprawa, którą dzisiaj chciałbym poruszyć – jeszcze dosłownie 5 minut – dotyczy projektu ustawy o zawodzie farmaceuty i izbach aptekarskich. Jesteśmy jedynym zawodem medycznym, który nie ma skonsolidowanego aktu prawnego dotyczącego zasad wykonywania zawodu farmaceuty, w jednym akcie prawnym konsolidującego kwestie postępowania w sprawach dyscyplinarnych. Mamy oczywiście potężny dorobek legislacyjny, który jest owocem prac wielu kadencji, niemniej jednak nigdy nie było czasu, nie była odpowiednia pora, nie ta ustawa, żeby uwzględnić te sprawy. Do dzisiaj polscy farmaceuci jako jedyni w Unii Europejskiej nie mają ustawy zawodowej. Projekt naszej ustawy konsoliduje kwestie zasad wykonywania zawodu i kwestie dyscyplinarne sprawowania pieczy nad wykonywaniem zawodu. Wykorzystaliśmy dorobek wielu innych zawodów zaufania publicznego, głównie zawodu lekarza i lekarza dentystry. Nasz projekt ustawowy jest projektem sprecyzowanym, jest projektem zawierającym autentyczne kwestie, którymi się zajmował polski parlament, ponieważ regulacje dotyczące ustroju sądów i pracy rzecznika odpowiedzialności zawodowej są porównywalne z tymi, które obowiązują w innych zawodach zaufania publicznego.

Zwracam się do Wysokiej Izby, do państwa, byście wsparli nas w naszych działaniach. Ostatni okres był naprawdę bardzo pracowity, niestety poprzednia koalicja rządząca nie chciała wykorzystać naszych projektów. Dziękuję serdecznie.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję za ten głos.
Jeszcze jedno wystąpienie.

Sekretarz Naczelnej Rady Aptekarskiej Dariusz Smoliński:

Dzień dobry, witam serdecznie.

Dariusz Smoliński, Naczelna Rada Aptekarska.

Przychyłem się do prośby pana przewodniczącego i zwięźle przedstawię sytuację farmacji szpitalnej w Polsce.

Szanowni Państwo!

Oprócz farmaceutów pracujących w aptekach otwartych, których jest zdecydowana większość, istnieje mała grupa farmaceutów pracujących w polskich szpitalach. Obecnie należy zapoczątkować zmiany, tak jak to się dzieje

w Europie Zachodniej, zmierzające do tego, żeby funkcja szpitalna apteki, głównie logistyczna, polegająca na zaopatrywaniu szpitala w produkty lecznicze, została zastąpiona funkcją konsultacyjną. Farmaceuta powinien wejść na oddziały, być członkiem zespołu interdyscyplinarnego.

Za pomocą slajdów chciałbym przedstawić państwu zakres usług świadczonych przez apteki szpitalne. Jak państwo możecie zobaczyć, to jest ogromny zakres. Obecnie farmaceuta szpitalny, oprócz tego, czego wymaga od niego prawo farmaceutyczne, musi wykonywać o wiele, wiele więcej obowiązków nienależących do zakresu jego pracy. To znaczy oprócz świadczenia usług farmaceutycznych musi prowadzić leki do badań klinicznych, zajmować się przetargami, zaopatrzeniem nawet w papier do drukarek – tym jesteśmy obciążeni w szpitalach. A jeśli chodzi o liczbę farmaceutów pracujących w szpitalach, jest nas 1900 osób. Drugą, po kosztach płac, składową kosztów szpitala są produkty lecznicze i wyroby medyczne i właśnie tą drugą składową zajmujemy się my, farmaceuci szpitalni. Obecnie ten koszt to jest jakieś 7 miliardów zł. Nie jesteśmy w stanie pracować przy takiej liczbie farmaceutów i wypełniać wszystkich wymaganych od nas obowiązków. Zdecydowanie nie jesteśmy w stanie.

Jakich najpilniejszych zmian należy dokonać, aby wzmocnić pozycję farmaceuty? Tak jak na początku państwu powiedziałem, obecnie pełnimy głównie funkcję logistyczną. W Ministerstwie Zdrowia jesienią ubiegłego roku zostały zapoczątkowane prace, powstał w tym celu specjalny zespół, nad opieką farmaceutyczną refundowaną. Tak że jest możliwość jej wprowadzenia w podmiotach leczniczych. Tak jak mówiłem, chodzi powolne wprowadzanie farmaceutów do oddziałów.

Teraz dygresja, przytoczę historię z własnego życia. W ubiegłym roku moja babcia trafiła do szpitala X. To jest niewielki szpital, powiatowy. Miała bardzo wolne tętno, niskie ciśnienie. I co się okazało? Dzwoni do mnie ojciec i mówi: babcia ma niskie ciśnienie, chcą od razu wszczepić rozrusznik. Ja mówię: hola, hola, spokojnie. Skonsultowałem się z lekarzem. Okazało się, że babci, która ma 93 lata i bierze bardzo dużo leków, wystarczyło parę z nich odstawić. Teraz co miesiąc zamiast 150 zł płaci 100 zł.

I właśnie w takich sytuacjach jest miejsce dla nas. My nie jesteśmy lekarzami, farmaceuci szpitalni są od konsultacji. Od postawienia diagnozy jest lekarz, a my wchodzimy w trakcie terapii, żeby ją zoptymalizować. W przyszłości to na pewno obniży koszty funkcjonowania szpitali, a jeśli nawet nie obniży kosztów ich funkcjonowania, to pozwoli chociaż na wprowadzenie nowych metod leczenia. Naprawdę duże pieniądze można zaoszczędzić w szpitalach, zarówno na lekach, jak i wyrobach medycznych.

Jakie zmiany możemy obecnie wprowadzić? Jeśli chodzi o ustawę o działalności leczniczej, to po prostu musimy jednoznacznie powiedzieć, że farmaceuta jest zawodem medycznym, tymczasem część menedżerów nadal uważa, że nie jest to zawód medyczny. Poza tym, trzeba utworzyć funkcję koordynatora, czyli farmaceuty, który będzie mógł wejść na oddziały, będzie mógł być w zespole interdyscyplinarnym i będzie miał dostęp do dokumentacji medycznej, a takich uprawnień po prostu dzisiaj nie mamy.

Obecnie jest w trakcie procedowania – wiem, że tu jest przedstawicielka NFZ – rozporządzenie dotyczące określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Dwa lata temu udało się w tym zarządzeniu prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadzić punkty za posiadanie apteki szpitalnej, co wzmocniło jej pozycję względem działu farmacji. Takie działy nie mają pełnego zakresu... nie potrzebują pracowni do produkcji leków – czy to cytostatycznych, czy na potrzeby dożywiania. Obecnie dzięki wprowadzeniu wymogu... nie wymogu... dzięki posiadaniu punktów za aptekę szpitalną powstało w kraju 50 takich aptek. Zmienił się po prostu niekorzystny trend ich likwidowania. I jeżeli teraz uda się wprowadzić jakieś punkty za farmaceutę, to dyrektorzy będą ich zatrudniać.

Dziękując państwu za uwagę, przepraszam, że mówię tak emocjonalnie, ale zawsze tak mówię. Chciałbym, żebyście państwo zapamiętali, że oprócz farmaceutów w aptekach otwartych jesteście też my, farmaceuci w aptekach szpitalnych. I że nakłada się na nas bardzo dużo obowiązków. Dysponujemy bardzo dużymi, w cudzysłowie, pieniędzmi i można nas wykorzystać. Tylko trzeba chcieć. Dziękuję serdecznie.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję państwu za wystąpienia.

Rzeczywiście poruszyliście bardzo szeroko problemy polskiej farmacji. Co prawda, tematem posiedzenia naszej komisji była głównie sytuacja ekonomiczna aptek i dostęp do leków refundowanych, ale myślę, że problemy, które państwo poruszyliście, też są bardzo ważne.

Teraz chciałbym prosić pana ministra Krzysztofa Łandę o krótkie wystąpienie i ewentualne ustosunkowanie się do problemów, które zgłosiło środowisko farmaceutów.

Proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Łanda:

Szanowny Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Kilka uwag. Oczywiście nie jestem w stanie skomentować wszystkich szczegółowych postulatów, ale postaram się poruszyć w moim wystąpieniu przynajmniej większość najważniejszych kwestii.

Otóż środowisko aptekarskie z pewnością wie, że w Ministerstwie Zdrowia rozpoczęły się prace nad dużymi nowelizacjami 3 ustaw, dużych ustaw, tzn. prawa farmaceutycznego, ustawy refundacyjnej oraz ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Wiele postulatów, które państwo zgłaszacie, na pewno będzie rozważonych, a myślę, że wiele z nich zostanie uwzględnionych. Generalnie ministerstwo dostrzega problemy, które państwo przedstawiliście, i z pewnością w odpowiedzi na wiele postulatów mamy już gotowe propozycje. Oczywiście one będą poddane szerokiej debacie. Zdecydowanie wyznaję zasadę *audiatur et altera pars*, należy wysłuchać i drugiej strony. Postulatów z pań-

stwa strony wysłuchaliśmy, tak że będziemy wsłuchiwać się również w głos wszystkich innych zainteresowanych podmiotów czy grup funkcjonujących na rynku.

Jeśli chodzi o kwestie najważniejsze, to powiem, że ustawa refundacyjna to tak naprawdę jest beczka miodu, ale – niestety – do tej beczki miodu ktoś dołał kilka łyżek dziegciu. I o tych kilku łyżkach dziegciu również państwo wspominaliście.

Sprawą bardzo prostą do rozwiązania jest wydawanie obwieszczeń, wykazów leków refundowanych. Zamiast wydawać je co 2 miesiące, będziemy się starali ten okres wydłużyć, złożymy do Sejmu propozycję, żeby uaktualniony wykaz leków refundowanych ukazywał się co 4 miesiące.

Jeśli chodzi o usieciwienie, proszę państwa, ten trend rzeczywiście jest niepokojący, prowadzi do dominacji aptek sieciowych. Uważamy, że udział aptek, nazwijmy to, rodzinnych oraz sieciowych powinien być zbilansowany. I żadna dominacja nie jest w interesie państwa. Mamy przykłady wielu krajów, gdzie przejęcie rynku i jego centralizacja w nielicznych sieciach doprowadziła do dyktatu cen oraz marż po stronie aptek sieciowych. To jest oczywiście sytuacja niedopuszczalna. Na tym rynku jest miejsce dla wszystkich podmiotów, ważne jest, żeby ustabilizować sytuację i żeby nie dochodziło do efektów dominacji. Mamy w tej chwili już dobre zapisy, wspomniano tutaj o progu antykoncentracyjnym 1%.

Proszę państwa, rzeczywiście prawo nie funkcjonuje najlepiej. Zresztą obowiązujące prawo dotyczące zakazu reklam aptek też nie jest w tej chwili wypełniane jak należy. Zarządziłem wizytację, którą przeprowadził główny inspektor farmaceutyczny we wszystkich wojewódzkich inspektoratach farmaceutycznych. 6 stycznia uzyskałem raport z tych wizytacji. Będziemy wnioskować, żeby poprawić funkcjonowanie WIF w tym zakresie. Będziemy również postulować, żeby ustawowo uregulować to w ten sposób, że GIF będzie pełnił jednak funkcję nadzoru nad WIF. Myślę, że to wpłynie na poprawę przestrzegania obowiązującego prawa.

Teraz bardzo ważna kwestia, tzn. eksportu równoległego. Proszę państwa, nie jest tak, że przepisy antywywozowe w ogóle nie zadziałały. One zadziałały, jeśli chodzi o eksport legalny, chociaż wiemy rzeczywiście, że część aptekarzy jest znużona raportowaniem pewnych szczegółowych danych, jak gdyby nie widzą efektów, przynajmniej po swojej stronie, działania przepisów antywywozowych. Proszę państwa, przepisy antywywozowe w ogóle nie zahamowały, a wręcz można przypuszczać, że zwiększają eksport, nielegalny eksport równoległy leków refundowanych z Polski, a leki refundowane są głównym celem uwagi Ministerstwa Zdrowia. Podjęliśmy już działania, tak naprawdę jedyne skuteczne działania, które pozwolą ograniczyć eksport równoległy, zarówno legalny, jak i nielegalny, leków refundowanych. Podkreślam to, bo one nas głównie interesują.

Proszę państwa, jeżeli różnica cen urzędowych w Polsce oraz w innych krajach Unii Europejskiej, do których te leki dzisiaj wyjeżdżają, będzie duża, czyli np. skoro w Niemczech lek kosztuje 150 euro na miesiąc, a u nas 100 euro, to zawsze będzie to bardzo duża zachęta, żeby szukać takich czy innych dróg wywozu leku. Jedyną

możliwością, żeby ograniczyć bądź zlikwidować eksport równoległy, jest zbliżenie cen urzędowych w Polsce do cen w innych krajach. Bynajmniej nie oznacza to zwiększenia obciążeń pacjenta ani zwiększonych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia. W obecnie obowiązującej ustawie refundacyjnej są wszelkie odpowiednie mechanizmy, tzw. instrumenty dzielenia ryzyka. Dzięki nim możemy spokojnie, bezpiecznie podnieść ceny urzędowe leków, tak żeby zahamować eksport równoległy, pozostawić ceny efektywne, czyli to, co płaci NFZ, na stałym poziomie bądź nawet je obniżyć, pozostawić też na tym samym poziomie opłatę ponoszoną przez pacjenta bądź nawet ją obniżyć. Problem polega na tym, że w ostatnim czasie... Ustawa refundacyjna również wymaga zmian, jeśli chodzi o okresy, na które wydaje się decyzje refundacyjne. Niestety, wydawanie decyzji na 2 lata, potem na 3, potem na 5 lat stoi w sprzeczności z ratio legis i betonuje tak naprawdę scenę refundacyjną. My i tak próbujemy podjąć rozmowy na forum międzynarodowym. Już były rozmowy z EFPI, a teraz będziemy je prowadzić z centralami firm farmaceutycznych, które brak leków refundowanych na naszym rynku odczuwają najbardziej boleśnie, i spróbujemy je nakłonić do obniżenia cen efektywnych w zamian za to, że zahamujemy eksport równoległy leków. Oczywiście potrzebujemy wielu miesięcy na dokonanie zmian i przeprowadzenie renegocjacji.

Jeśli chodzi o mapę potrzeb usług farmaceutycznych, to zdecydowanie jesteśmy zainteresowani pracami w tym zakresie. Tu chodzi oczywiście głównie o kryterium populacyjne oraz kryterium geograficzne. Musimy jednak uważać, żeby nie wylać dziecka z kąpielą. Dlatego prosiłbym o współpracę z Naczelną Radą Aptekarską, tak aby nie zabetonować tej sceny czy rynku aptek. Powstaje bowiem pytanie, jakie będą mechanizmy konkurencyjne na rynku. Kryteria dotyczące aptek, które pozostaną na rynku, muszą być przejrzyste i naprawdę racjonalne. Jeżeli chodzi o mapę potrzeb zdrowotnych, którymi w ministerstwie się zajmujemy, to wiemy, gdzie są białe plamy w świadczeniach szpitalnych i gdzie pieniądze unijne pozwolą na poprawę infrastruktury itd. W tym wypadku mamy natomiast do czynienia ze zbyt dużą liczbą aptek w Polsce, jak pokazaliście państwo w prezentacjach. Powstaje pytanie, jakie będą mechanizmy zarządcze czy jakie będą regulacje prawne, które pozwolą na podstawie tych map ograniczyć liczbę aptek w sposób racjonalny, ale też chodzi o to, żeby nie zlikwidować mechanizmów konkurencyjnych. Tak że myślę, że ta sprawa wymaga poważnej debaty.

Jeśli chodzi o apteki szpitalne oraz państwa projekt, to myślę, że w projekcie ustawy o zawodzie farmaceuty będzie można bardzo wiele rzeczy uregulować. Resort zdrowia jest zdecydowanie za procedowaniem takiej ustawy i bardzo prosimy o współpracę w tym zakresie. Chcielibyśmy powołać jak najszybciej zespół do spraw ustawy o zawodzie farmaceuty, do czego zobowiązuję panią dyrektor.

Były jeszcze podnoszone kwestie dla państwa bardzo istotne, tzn. sztywnych cen, sztywnych marży. Proszę państwa, już dzisiaj, zgodnie z obowiązującymi przepisami, można dokonywać korekty faktur. Rozpoznajemy oczywiście problem częstych zmian w obwieszczeniu wykazu leków refundowanych i będziemy chcieli ten czas wydłużyć.

A jeśli chodzi o marże, musimy poprzeć, proszę państwa, na studium wykonalności. Gdybyśmy nawet chcieli ten system w tej chwili zmienić, musielibyśmy mieć konkretne obliczenia, jakie skutki finansowe wywoła taka czy inna regulacja. I będziemy chcieli się zastanowić nie nad jedną opcją, tylko nad kilkoma opcjami pod tym względem. To tyle, jeżeli chodzi o krótkie *overview*, czyli krótki przegląd tych kwestii. Dostrzegamy zdecydowanie problem i liczymy na współpracę z samorządem aptekarskim. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Oczywiście rząd działa od bardzo krótkiego czasu, dopiero od półtora miesiąca. Tak więc to, że ten temat, problem farmaceutów, się pojawił na posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia właściwie jako pierwszy w naszym procedowaniu, jest sygnałem, jak myślę, że to jest bardzo ważny problem, dotyczący wielu pacjentów w Polsce.

Teraz chciałbym udzielić głosu państwu senatorom, albo w formie pytań, albo w formie dyskusji, gdyż czas nas goni.

Czy ktoś z państwa senatorów chciałby zabrać głos?

Proszę, Panie Profesorze.

Senator Andrzej Stanisławek:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Jestem pod dużym wrażeniem wystąpień państwa farmaceutów i przerażony naszą nieudolnością, bo to jest nasza nieudolność, wszystkich Polaków. Tę nieudolność widać codziennie, kiedy idziemy kupić leki. Albo kiedy idę do apteki, żeby kupić krem po goleniu. Jestem przerażony, gdy widzę, że półka z parafarmaceutykami jest coraz większa – prawda? – a z lekami mniejsza. I zastanawiam się, w jakim kierunku podążamy jako państwo. Czy to jest dobry kierunek? Następnym przykładem. Wchodzę do sklepu i kupuję aspirynę. Widzę w tym sklepie regały pełne leków przeciwbólowych. I znowu jestem przerażony. Myślę sobie: zaraz, to w sklepach spożywczych będziemy sprzedawali leki? Włączam telewizor, a tam na okrągło reklama leków przeciwbólowych.

Proszę państwa, my sami niszczyliśmy siebie, sami niszczyliśmy nasz naród. Dlatego apeluję do ministerstwa – zresztą rozmawiałem z panem ministrem na ten temat – o jak najszybsze wprowadzenie zakazu reklamy leków przeciwbólowych, zakazu sprzedaży leków przeciwbólowych przez inne jednostki niż apteki. A w aptekach raczej bym proponował, żeby sprzedawać leki. Ostatnio, kiedy wieczorem wracałem do domu, przypomniałem sobie, że muszę kupić karmę dla kota. Pomyślałem wtedy: a, apteka jest czynna, wstąpię, może mają saszetki dla kota. Dziękuję bardzo.

(*Głos z sali: Mieli?*)

Nie, nie mieli.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję za ten głos, Panie Senatorze. Myślę, że jest ważny i wpisuje się w głosy środowiska farmaceutycznego.

Pani przewodnicząca prosi o głos. Proszę bardzo.

Senator Dorota Czudowska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Ja bym tylko dodała do wypowiedzi pana profesora, że trzeba wprowadzić zakaz sprzedaży w sklepach nie tylko leków przeciwbólowych. Bulwersuje nas wszystkich reklama leku tłumiącego kaszel palacza, co już jest kuriozum i naprawdę dramatem, bo wiemy, czego symptomem jest kaszel palacza. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę bardzo, Panie Senatorze.

Senator Tomasz Grodzki:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Kiedy przysłuchiwałem się tej masie problemów, z którymi boryka się środowisko farmaceutów, to cieszyłem się, że jestem chirurgiem, bo jednak w chirurgii jest trochę prościej.

Chciałbym się przyłączyć do stwierdzenia pana ministra, że zawsze trzeba słuchać wszystkich stron. Przykładem jest ustawa, ten przepis o 1% i braku dominacji. Napisany bardzo ładnie i równie zręcznie omijany. Stare polskie przysłowie mówi, że Wisły się kijem nie zawróci. Obawiam się, że walka o to, aby część leków nie była dostępna na stacjach benzynowych czy w sklepach ogólnodostępnych, jest chyba w założeniu przegrana.

Z punktu widzenia chorych i przede wszystkim ich rodzin chyba najistotniejszy jest problem, który podniósł pierwszy mówca, mianowicie pogłębiającego się rozdziewu między lekami tanimi a bardzo drogimi. To jest realny problem dla pacjentów. Ibuprom, paracetamol, gastop czy manti ludzie kupują wszędzie i tego chyba się nie da już zawrócić. Tymczasem po leki z grupy silnie działających czy leki specjalistyczne pacjenci odbywają wycieczki po aptekach, bo w wielu spośród nich tych leków po prostu nie ma. Abstrahuję od reguł refundacyjnych. Wysoka cena stanowi dla pacjentów najbardziej realny problem i państwo, środowisko farmaceutów, również musicie to bardzo poważnie brać pod uwagę. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Czy jeszcze ktoś z państwa senatorów chce zabrać głos? Skoro nikt, to teraz oddam głos zaproszonym gościom. Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos?

Proszę oczywiście o przedstawienie się do mikrofonu.

Prezes Zarządu Związku Pracodawców Aptecznych PharmaNet Marcin Piskorski:

Dzień dobry państwu.

Marcin Piskorski, Związek Pracodawców Aptecznych PharmaNet. Reprezentuję część aptek, o których tutaj była mowa, mianowicie sieciowych. Bardzo dziękuję za udzielenie mi głosu. Zajmę dosłownie minutę.

Chciałbym tylko przekazać państwu kilka informacji statystycznych. Dziękuję panu ministrowi za stwierdzenie, że wszyscy powinni być wysłuchani. Rzeczywiście 34% rynku aptek w Polsce to są w tej chwili apteki sieciowe. Warto powiedzieć, że to jest ponad 350 przedsiębiorstw, w 99% krajowych, głównie małych i średnich. Tak jak powiedział pan dyrektor Kasprzyk, w Polsce przedsiębiorstw, które posiadają ponad 50 aptek, na 14–15 tysięcy aptek w ogóle, jest tylko 14. Zaledwie 3 mają powyżej 100 aptek w całej Polsce. I te 3 przedsiębiorstwa powstały w wyniku prywatyzacji państwowych cefarmów, czyli jakby katalizatorem powstania tych firm był Skarb Państwa, 2 z tych 3 to są firmy notowane na Warszawskiej Giełdzie Papierów Wartościowych. Pozostałe mają poniżej 50 aptek i ich udział w rynku jest zdecydowanie poniżej 1%.

Chciałbym powiedzieć, skąd się bierze przyrost, który w ostatnich latach rzeczywiście był zauważalny. Mianowicie on się bierze z tego, że małe grupy apteczne przekraczają granicę 5 aptek, a statystycznie właśnie od tej granicy jest liczona apteka sieciowa. Małe polskie przedsiębiorstwa, działające na bardzo konkurencyjnym rynku, w pewnym momencie przekraczają tę granicę 5 aptek, i w ten sposób liczba aptek sieciowych się powiększa. To jest ruch oddolny, a nie odgórny.

Kolejna sprawa. Chciałbym się jeszcze odnieść do kwestii regulacji europejskich. Rzeczywiście mniej więcej w połowie krajów Unii Europejskiej, a dokładnie w Unii Europejskiej plus Szwajcaria i Norwegia, jest tzw. rynek zamknięty, w drugiej połowie krajów jest tzw. rynek wolny. Na rynku zamkniętym obowiązują głównie: zasada apteki dla aptekarza, kryteria demograficzne oraz kryteria geograficzne. Ten rynek w większości jest rzeczywiście w starej, kontynentalnej Europie. Jest też rynek tzw. otwarty, głównie w Skandynawii, krajach anglosaskich, Szwajcarii, Norwegii, Szwecji i krajach Europy Środkowej. Tam ingerencja państwa czy liczba regulacji jest ograniczona w stosunku do tych obowiązujących w systemie zamkniętym. Warto tu powiedzieć, że w ostatnich 10 latach zmiany legislacyjne idą raczej w kierunku otwierania systemów zamkniętych niż zamykania systemów otwartych. Jest to spowodowane tym, że mamy problemy demograficzne, wynikające ze starzenia się społeczeństw, i wszystkie rządy szukają sposobów na potaniecie systemów związanych z refundacją leków i zwiększenie puli pieniędzy przeznaczonych na opiekę nad pacjentami. Systemy zamknięte są po prostu droższe, systemy zamknięte są tańsze. Tak jak państwu mówiłem, w ostatnich 10 latach mamy przykłady 15 aktów prawnych idących w kierunku raczej otwierania systemów zamkniętych. Są natomiast dwa przykłady na to, że w ostatnich latach systemy bardziej liberalne szły w kierunku ich zamykania – Węgry i Estonia.

Tak jak powiedział pan minister, zawsze powinniśmy pamiętać o interesie pacjentów, a nie branży. Podam przykład irlandzki, gdzie był rynek otwarty, potem został zamknięty, a po 5 latach znowu go otwarto, bo się okazało, że po zamknięciu rynku i wyeliminowaniu czynników konkurencyjnych nastąpił nadmierny wzrost zyskowności aptek, pogorszyła się obsługa pacjenta, pogorszył się też dostęp do aptek.

Tak że ja bym tylko apelował o to, żeby państwo, myśląc nad reformą, z którą się zgadzamy, bo ewidentnie jest ona potrzebna, bo ten system wymaga regulacji, brali pod uwagę wszystkie elementy, tak żeby przyjęte rozwiązania nie zepsuły rynku, żeby nie poszły w drugą stronę. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję za ten głos. Pan się wpisał to, co powiedział pan minister. Trzeba ten rynek jakoś zrównoważyć i oczywiście nie można się kierować tylko w jedną stronę.

Zgłaszają się jeszcze farmaceuci, ale najpierw pan minister chciałby się ustosunkować do tych wypowiedzi.

Proszę bardzo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Łanda:

Przede wszystkim, jeżeli chodzi o obrót pozaapteczny, to trwają prace nad zmianą rozporządzenia ministra zdrowia i ograniczeniem tego procederu. Stoimy na stanowisku, że wiele leków nie powinno być w obrocie pozaaptecznym, ponieważ one są przechowywane w fatalnych warunkach, często w miejscach nasłonecznionych, przegrzanych i to stwarza realne zagrożenie dla pacjentów. W związku z tym liczbę leków, które są dopuszczone do obrotu pozaaptecznego, na pewno ograniczymy. W każdym wypadku będzie uzasadnienie, oczywiście, dlaczego lek nie może być w obrocie pozaaptecznym. Z drugiej strony, niektóre substancje powinny być dostępne np. na stacjach benzynowych. Czasami kierowca potrzebuje wziąć jakiś lek przeciwbiegunkowy czy przeciwgorączkowy. To jednak powinny być małe opakowania. Ja nie widzę powodu, dla którego na stacji benzynowej mają być sprzedawane duże, największe dostępne opakowania leków stosowanych doraźnie. Na pewno będziemy nad tym pracować i wkrótce poinformujemy państwa o zmianach.

Jeśli chodzi o przepisy o koncentracji, będę prosił prezesa UOKiK o rozmowę. Już zleciłem zorganizowanie takiego spotkania. Wydaje mi się, że UOKiK powinien rozpatrywać te sprawy z uwzględnieniem prawa farmaceutycznego.

Jeżeli chodzi natomiast o reklamę, to odbyliśmy rozmowę z panem Posobkiewiczem, głównym inspektorem sanitarnym. I jest propozycja, żeby Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło szkolenia dla GIS oraz UOKiK na temat reklam. One rzeczywiście bardzo często zawierają kłamliwe informacje, tak jak powiedziała tutaj pani senator, szkodliwe dla pacjentów. W związku z tym musi być jakaś kontrola, nie wiem, lekarska czy w ogóle musi nastąpić poprawa w dziedzinie informacji przekazywanych w tych reklamach. Z drugiej strony, nie możemy oczywiście ograniczać prawa do reklamy, ale niech ona będzie rzetelna. Tak więc najpierw szkolenie, a potem ewentualnie jakieś zmiany formalne. I tyle na razie. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Jeszcze pan prezes się zgłaszał.

Proszę bardzo.

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Grzegorz Kucharewicz:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Oczywiście, musimy w ogóle zmienić retorykę, bo cały czas mówimy o rynku, mówimy o równowadze, o zapewnieniu miejsca i dla jednych, i dla drugich. Musimy jednak zacząć mówić o aptece, która ma służyć pacjentowi.

Pan powiedział o wyższości systemu aptek sieciowych nad aptekami ogólnodostępnymi. Podam państwu przykład Norwegii z 2000 r. Parlament norweski poddał się retoryce biznesu i wprowadził deregulację. Wcześniej obowiązywała tam zasada: apteka dla aptekarza, to znaczy tylko farmaceuta mógł ją prowadzić. Były też warunki, musiały być zachowane odpowiednie odległości pomiędzy aptekami, była też określona liczba mieszkańców na aptekę. W 2000 r. to zderegulowano, zniesiono wszystkie te zapisy. Co się stało? W szybkim tempie 3 duże podmioty biznesowe przejęły cały rynek. W ciągu 2 lat 64% indywidualnych aptek norweskich znikło z rynku. Dzisiaj, proszę państwa, są tylko 22 apteki indywidualne. Cały rynek został zmonopolizowany. Przed wejściem w życie deregulacji były 422 apteki, dzisiaj jest ich chyba 630, ale tylko 22 indywidualne. I rząd norweski mówi wprost, że oddanie rynku w ogóle globalnemu kapitałowi to była najbardziej dramatyczna, niepoważna i nieodpowiedzialna decyzja.

A jeżeli państwo myślą, że znajdą równowagę pomiędzy jednym a drugim systemem dystrybucji, to powiem państwu, że nie, bo jak widać, ze statystyk jasno wynika, że ten wzrost następuje bardzo szybko. I kiedy doprowadzimy do monopolizacji, wrócimy w zasadzie do czasów Cefarmu, do państwowych instytucji. Tylko że to nie jest kapitał państwowy, to jest kapitał globalny, w którym, niestety, kształcenie farmaceutów na wyższych uczelniach sprowadzi się tylko do tego, że będzie po prostu przygotowywać zwykłych pracowników, sprzedawców. Każą nam paragonówki realizować, odpowiedni koszyk, będziemy musieli sprzedać jak najwięcej leków, to będzie główny cel.

W Norwegii nastąpiła magdonaldyzacja aptek. Najważniejsza była sprzedaż tzw. przykasowa, promocja witaminy C i innych leków. Przecież to jest po prostu dramatyczna sytuacja. Nie można do niej dopuścić. A jeżeli trzeba Wisłę kijem zawrócić, to trzeba mieć po prostu na tyle odwagi, żeby to zrobić. Trzeba mieć tyle odwagi, żeby wsadzić kij w mrowisko. Jeżeli będziemy chcieli dać troszkę jednym, troszkę drugim, to znaczy, że nic nie będziemy robić. I tak naprawdę sytuacja będzie cały czas zmierzała do tego, żeby indywidualnych aptek w ogóle nie było, żeby farmację i aptekarstwo sprowadzić tylko do roli biznesu. To może już dziś likwidujemy apteki i wprowadzamy regały w sklepach ogólnodostępnych, dajmy sobie spokój z obroną tego rynku.

Tak być nie może. Apteki muszą wrócić na swoją pozycję. To nie może być biznes, który kieruje się tylko i wyłącznie interesem. Nie można się kierować tylko tym, żeby sprzedawać jak najwięcej leków, bo to nie jest bułka z masłem. Bułka z masłem spożywana w nadmiarze też niekorzystnie wpływa na zdrowie pacjenta, a cóż dopiero leki. Witaminę C sprzedają się, bo jest promocja, acard – promocja, inne leki – promocja. No, wszędzie promocja, promocja, promocja. Jaka to jest promocja? To jest po prostu próba wciśnięcia pacjentowi jak największej ilości leków. Nie na tym ma to polegać. Musi być obrona pacjenta. Owszem, żyjemy ze sprzedaży leków, ale jako wykształceni farmaceuci mamy rozsądek, mamy wiedzę, wiemy, gdzie jest granica bezpieczeństwa pacjenta, wiemy, jaka jest nasza odpowiedzialność, nasza wiedza. Nie może być permanentnego nacisku na jak największą sprzedaż leków tylko dla zysku. Biznes nie może być najważniejszym elementem prowadzenia apteki. Tak dalej być po prostu nie może. Trzeba stanąć na wysokości zadania i podjąć zdecydowane kroki, żeby dalej tak nie było. Węgry je podjęli i dzisiaj się cieszą z tego powodu. Nie zastanawiali się, a tam było jeszcze większe usieciowienie, sieci stanowiły chyba 37%. Podjęto decyzję, że do 2017 r. mają zniknąć z rynku węgierskiego. Miały zakaz odsprzedaży pomiędzy sobą, a jeżeli nie znajdą nabywców na te 51%, to od 1 stycznia 2017 r. trzeba będzie je zamknąć. Była potrzebna odwaga, żeby podjąć takie decyzje.

Tak że nie można mówić, że trochę się da tym, a trochę tym. Cały czas mówiło się, że troszeczkę będzie dla jednej grupy, troszeczkę dla drugiej i dzisiaj mamy taki efekt, że sieci przekroczyły już 53% obrotu. Zaręczam państwu, że jeżeli nic się nie zmieni, to w ciągu 2 lat indywidualne apteki staną się po prostu niszowe, zostaną tylko w miejscowościach, w których sieci nie będą zainteresowane rynkiem. Trzeba naprawdę zdecydowanych działań. Mnie przeraża to, co słyszę. Miałem nadzieję, że te działania będą bardziej zdecydowane, a tutaj widzę, że niestety, trzeba będzie jeszcze dużej pracy naszego samorządu, żeby przekonać polityków do podjęcia bardziej zdecydowanych działań, a nie tylko zachowawczych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Prezesie. Myślę, że pana głos wywoła większą dyskusję, bo to było bardzo emocjonalne wystąpienie. Ja wiem, jest pan z tego znany, ale myślę, że powinniśmy spokojnie podejść do tego problemu. Tak jak powiedział pan minister, trzeba rozmawiać i wspólnie wypracować jakieś stanowisko.

Zgłaszał się jeszcze pan senator, ad vocem tych wypowiedzi ewentualnie. I potem udzielił głosu następnym osobom.

Senator Tomasz Grodzki:

Nie tyle ad vocem, ile chciałbym się zwrócić do pana prezesa.

Rozwiązujemy problemy tylko w drodze dyskusji. Ja doskonale rozumiem, że pan prezentuje stanowisko swojej korporacji, ale to jest zebranie komisji senackiej, Wyższej Izby polskiego parlamentu, i naprawdę radziłbym powściągnąć emocje. Pana wystąpienie graniczyło z niestosownością.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pani prosiła o głos. Czy pani chciała zabrać głos? Proszę się przedstawić.

Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Alina Fornal:

Dzień dobry państwu.

Alina Fornal. Jestem wiceprezesem Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Panie Przewodniczący!

Ja w kilku słowach. W tej chwili tak naprawdę konsolidacja na rynku następuje głównie pod sztandarem funduszu inwestycyjnego, który skupuje mniejsze czy większe sieci aptek. Tak więc to nie jest tak, że to są sieci już aptekarskie. Nie są aptekarskie. Zagrożeniem z kolei dla rynku, dla pacjentów jest to, że w aptekach, w których pracuje bardzo wielu techników farmaceutycznych, bo apteka ma duży obrót, a farmaceutów jest tam dwóch, trzech, pacjent nie ma szansy na rozmowę z farmaceutą i uzyskanie rzetelnej informacji od wykształconego pracownika medycznego.

Kolejne zagrożenie jest związane z tym, że obecnie bardzo wiele sieci wprowadza własne produkty, własne marki, a niektóre już się pojawiają na listach refundacyjnych. Chociażby jedna ze spółek ma 600 aptek, wykazuje to w materiałach giełdowych, i w tych 600 aptekach pacjent będzie dostawał tylko leki określonej marki. Pracownicy tych aptek będą zobowiązani do zamiany leków na określone produkty. Lekarz napisze na receptie jedno, a pacjent dostanie coś innego. I również nam tak bardzo jest potrzebna ustawa o zawodzie, żeby chronić farmaceutów, którzy pracują zarówno w aptekach prywatnych, jak i sieciowych, przed naciskami pracodawców na nieprawidłowe wykonywanie zawodu. Dziękuję pięknie.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Proszę o następny głos.

Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Marek Jędrzejczak:

Marek Jędrzejczak, Naczelna Izba Aptekarska.

Szanowni Państwo, chciałbym powiedzieć, jaka jest skala obrotu pozaaptecznego. Wyobraźcie sobie państwo, że w 300 tysiącach placówek w Polsce, które są dostępne bezpośrednio, czyli głównie w sklepach zaopatrzenia spożywczego, rocznie sprzedaje się 500 milionów tabletek przeciwbólowych. Jesteśmy drugim pod tym względem krajem po Francji. Stoimy na podium, że tak powiem, europejskim. 500 milionów tabletek przeciwbólowych. Proszę państwa, te tabletki często kupują osoby, które są chore przewlekłe. Nie mówią o tym w gabinecie lekarskim, ale czasami zwierzają się w aptecę. I właśnie farmacja europejska idzie w tym kierunku, żeby farmaceuci w aptekach zajmowali się problemem lekowym pacjenta, monitorowali całkowicie terapię pacjenta, zwłaszcza że on ma możliwość pójścia do wielu lekarzy. Cierpi na schorzenie przewlekłe, a zaopatruje się w leki tzw. OTC, czyli bez recepty, ponadto kupuje suple-

menty diety. Dlatego to apteka jest miejscem, w którym powinno się koordynować terapię. Tak się dzieje w Wielkiej Brytanii, tak się dzieje w Holandii i wielu innych krajach.

Następna kwestia, o której mówiła pani senator. Rząd, czyli regulator, najwyższa instytucja, która odpowiada za zdrowie społeczeństwa, nie może przyzwalać na reklamę niweczącą działania profilaktyczne. Pani senator wspomniała o desmoxanie. A przecież my, pracownicy medyczni, doskonale wiemy, że u palacza kaszel trwający trzy tygodnie może być symptomem bardzo groźnym, może być symptomem raka oskrzeli. Wydajemy pieniądze na profilaktykę raka oskrzeli, a w telewizji pojawia się reklama, w której mówi się: idź, kup desmoxan w sklepie, to załatwi problem twojego kaszlu. Takich przykładów jest mnóstwo. Stosowanie inhibitorów pompy protonowej w nadkwaśności w zmożonym refluksie jest tym samym. Niejednokrotnie maskuje się w ten sposób chorobę nowotworową.

Proszę państwa, konsekwencje stosowania leków kupowanych w sklepach spożywczych, w sklepach budowlanych, w supermarketach ponosi budżet państwa, bo potem my musimy na wysokim poziomie referencyjnym te schorzenia leczyć. Dlatego też nie może być obojętności regulatora na takie zjawiska. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Desmoxan chyba nie jest na kaszel palacza. Prawda?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ale już nie reklamujemy tego leku.

(Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Marek Jędrzejczak: Chodzi o detusan. Przepraszam.)

No właśnie.

(Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Marek Jędrzejczak: Desmoxan jest dla palacza, który chce rzucić palenie.)

No właśnie.

Jeszcze pan z sieci aptecznych chciałby zabrać głos. Proszę.

Prezes Zarządu Związku Pracodawców Aptecznych PharmaNet Marcin Piskorski:

Bardzo dziękuję.

Ja dosłownie dwa zdania. Uważam, że jednak można znaleźć konsensus. To nie musi być monokultura, rozwiązanie albo w jedną, albo w drugą stronę. Przykładem takiej monokultury, o której powiedział pan prezes, jest oczywiście Norwegia, z tym że tamtejszy rząd świadomie podjął taką decyzję.

Przykładem drugiej monokultury, w drugą stronę, są np. kraje europejskiego południa, które od lat borykają się z kryzysem nie tylko na rynku aptecznym, lecz także kryzysem społecznym i gospodarczym. To są takie kraje, jak Grecja czy Portugalia, gdzie w zasadzie od II wojny światowej były bardzo ostre zapisy, obowiązuje tam zasada apteki dla aptekarza, są ograniczenia demograficzne i geograficzne. Doprowadziło to do całkowitego zamurowania

rynku aptek. W zasadzie nowe apteki się w tym kraju nie otwierały. Żeby zostać aptekarzem, trzeba było urodzić się w rodzinie aptekarskiej.

Są też kraje, i o nich mówię, które uniknęły monokultury i którym się udało wypracować model najbardziej efektywny. To są np. wspomniane tutaj przed chwilą przez pana prezesa Jędrzejczyka Holandia, Szwajcaria czy Wielka Brytania. Obowiązuje tam system otwarty, oczywiście regulowany, ale mimo wszystko otwarty. W tych krajach jest najwyższy poziom opieki zdrowotnej w Europie. We wszystkich raportach Unii Europejskiej te 3 kraje są wymieniane na pierwszym miejscu. Nie ma tam rynku zamkniętego, nie ma regulacji „apteka dla aptekarza”.

Tak więc uważam, że można tak funkcjonować. I to od państwa mądrości zależy, czy my też będziemy potrafili stworzyć taki rynek, który będzie chronił interesy pacjenta, chronił interesy branży, ale też żeby regulacje rynkowe nie zostały zupełnie zniesione. Zniesienie ich całkowite zawsze powoduje, że interes pacjenta zostaje pogwałcony, tworzą się różnego rodzaju niewłaściwe sytuacje, to znaczy powstają aptekarskie dynastie, jakieś lokalne układy, i nikt nie może ich rozbić, bo nikt, żaden młody przedsiębiorca, tam nie wejdzie, nie otworzy apteki. Potem trudno jest rozbić taki system już zastany. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję panu za ten głos.

Jeszcze pan prezes chciałby się krótko do tego odnieść.

(Senior Manager w IMS Health Poland Stanisław Kasprzyk: Ja mam jedną uwagę. Można?)

Można, proszę bardzo.

Senior Manager w IMS Health Poland Stanisław Kasprzyk:

Mam jedną, dosyć istotną uwagę. Od dłuższego czasu na rynku farmaceutycznym pewne decyzje, dotyczące np. marży, są podejmowane, moim zdaniem, trochę arbitralnie. W tej chwili wszystkie analizy są oparte na danych. Jako przedstawiciel firmy badawczej apeluję, żeby podejmować decyzje z uwzględnieniem studium wykonalności, oparte na danych, na analizach, bo to można robić. Ja wiem, jak wprowadzano zmianę marży w Belgii, bo 2 lata tam pracowałem. Gdy opracowuje się marże, trzeba przewidywać sytuację bieżącą i przyszłą. To jest jedna sprawa.

Teraz druga. Trzeba po prostu spojrzeć na rynek europejski i zobaczyć, jakie są plusy i minusy różnych rozwiązań. Mamy dostęp do tych informacji. Dlatego jeszcze raz apeluję, żebyśmy więcej bazowali na danych i informacjach, bo to na pewno ułatwi podjęcie decyzji.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję za ten głos. Ale pan minister w swoim wystąpieniu mówił o tym, że właśnie będziemy się opierać na twardych danych i nie będziemy ulegali emocjom.

Jeszcze dwie osoby i będziemy kończyli dyskusję.

Koordinator Biura Prawnego w Kancelarii Naczelnej Izby Aptekarskiej Krzysztof Baka:

Krzysztof Baka, radca prawny Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Ja chciałbym powiedzieć, że kluczowe jest to pierwsze podejście do tematu. Według naszej oceny, tak jak mówili prezesi, musimy zbudować przede wszystkim pozycję apteki i farmaceuty. To musi być placówka ochrony zdrowia, a nie miejsce, gdzie tylko są sprzedawane leki. Jeżeli w prawie będzie ukształtowana pozycja farmaceuty i apteki, to potem wszelkie mechanizmy prawne, które będziemy tworzyć, czy to dotyczące marży, czy dotyczące wywozu leków, czy jakiegokolwiek inny mechanizm, będą weryfikowane przez ten najważniejszy element, czyli pracownika, który jest profesjonalistą, ma wiedzę, doświadczenie i odpowiedzialność. Doskonale wiemy, że żaden mechanizm nie zadziała, jeżeli podstawowym elementem, który będzie regulował tę sferę, będą prawa rynku niekorygowane przez wiedzę farmaceuty i jego poczucie obowiązku służenia pacjentowi. Minister Radziwiłł powiedział wyraźnie: zmienimy myślenie o polskim systemie ochrony zdrowia. My apelujemy o to od 10 lat. To ma być nie sprzedawanie leków, tylko usługa farmaceutyczna. Nie sklep z lekami, tylko apteka jako placówka ochrony zdrowia publicznego. Tak będzie, jeżeli państwo senatorowie i państwo posłowie tak skonstruujecie prawo, że apteka będzie mocna, ale mocna swoją wiedzą, pewnością, że farmaceuta, który podejmuje decyzje ryzykowne na rzecz pacjenta, nie otrzyma potem „strzału” z tyłu od płatnika, ministerstwa czy innego organu państwa, tak jak było do tej pory, proszę państwa, kiedy każdą wątpliwość rozstrzygano na niekorzyść pacjenta. Na recepcie nie ma jednego przecinka? Podejmujemy decyzję na niekorzyść pacjenta, to znaczy nie wydajemy leku. Farmaceuci od lat proszą o zmianę tej sytuacji. Musi być silna pozycja farmaceuty i apteki. Reszta, proszę państwa, to jest rzecz wtórna.

Zastanawiamy się obecnie, czy aptek sieciowych ma być więcej, czy mniej. W naszej ocenie, na obecnym etapie rozwoju naszego rynku to farmaceuci muszą kontrolować apteki. Nie ma oczywiście zakazu, żeby w tych spółkach był kapitał nefarmaceutyczny, i bardzo dobrze, że jest, ale do leków powinni się dotykać tylko farmaceuci. Musi być nadzór farmaceutyczny. A spójrzmy na polski rynek. Jaki procent jest zastrzeżony dla farmaceutów? Jest cała rzesza osób, które są „wykwalifikowane” poprzez przeczytanie ulotki. Do dzisiaj istnieje w naszym państwie, w naszym prawie takie kuriozum – w rozporządzeniu kwalifikacja jest tak określona: posiada wiedzę zaczerpniętą z ulotki. Podmiot, który wydaje leki.

Proszę państwa, prezesowi o to chodziło, moim zdaniem, żeby zmienić filozofię spojrzenia na aptekę, a resztę będziemy dostosowywać do jądra, do tego, co jest najważniejsze w systemie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję za ten głos.

I chyba ostatni głos. Pana prezes.

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Grzegorz Kucharewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Oczywiście moje wystąpienia są emocjonalne, to nie ulega wątpliwości, bo i problem jest bardzo złożony. Jak państwo widziecie, wszystkie nasze wypowiedzi uzmysłowiły i udowodniły, że problem jest bardzo poważny. Tak że potrzeba zmian, szybkich zmian być może powoduje, że taki jest ton mojej wypowiedzi. Aczkolwiek nie było moim celem obrażanie kogokolwiek, absolutnie nie. Od tylu lat bywam na posiedzeniach Komisji Zdrowia i różnych innych komisji, zarówno w Senacie, jak i Sejmie, i nigdy nie było moim celem obrażanie kogokolwiek. Chciałem tylko pokazać, w jak poważnej sytuacji znalazło się polskie aptekarstwo. Chodziło tylko o nakreślenie rangi tego problemu.

Przede wszystkim, jeśli chodzi o dzisiejsze spotkanie, bardzo dziękuję i panu przewodniczącemu, i panu marszałkowi Karczewskiemu, bo nie ukrywamy, że to dzięki jego „błogosławieństwu” było zorganizowane posiedzenie tej komisji. Naprawdę bardzo dziękuję za to, że mogliśmy dzisiaj przedstawić ten problem, za to, że coraz głośniejsi farmaceuci mogą powiedzieć co ich boli, za to, że jest nowe spojrzenie na nasze problemy. I mam nadzieję, że w tej sytuacji będziemy dobrze współpracować na rzecz dobrych rozwiązań prawnych i że aptekarstwo polskie będzie zmierzało już w zupełnie innym kierunku.

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo, bardzo dziękuję, że wysłuchaliście państwo naszych problemów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję za ten głos.

Proszę państwa, będziemy powoli kończyć.

Myślę, że problem, który dzisiaj był poruszony na posiedzeniu Komisji Zdrowia, jest bardzo ważny. Co prawda, podobnie jak pan profesor, jestem chirurgiem, a mówi się, że chirurdzy w tabletki za bardzo nie wierzą. No, nie jest tak do końca, dlatego spotkaliśmy się tu dzisiaj i pochyliliśmy nad tym problemem. Padły tutaj ważne głosy, czy to ze strony izby aptekarskiej, czy ze strony pana ministra, i pewne deklaracje. Tak więc myślę, że to, co się „urodzi” w ministerstwie, czyli konkretne ustawy będą procedowane i konsultowane ze środowiskiem aptekarskim, gdyż zmian w prawie, a na pewno jest wiele rzeczy do poprawienia, chcemy dokonywać razem z państwem. Dlatego myślę, że jeszcze nieraz się spotkamy i będziemy mogli wspólnie dyskutować i się zastanawiać nad tymi problemami. Jeszcze raz bardzo dziękuję.

A państwu senatorom przypominam o planach prac komisji, bo tylko 2 z państwa senatorów takie propozycje zgłosiło. Tak więc czekam jeszcze w tym tygodniu na takie plany. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii