

Refundacja socjalizmu

Autor: **Jan Lewiński**

Służba zdrowia to dla interwencjonistów wymarzone pole do popisu. Gdy chodzi o zdrowie, wielu ludzi nie kieruje się rozsądkiem; zastępuje go instynkt przetrwania. Uzasadnienia interwencjonizmu — opierające się na emocjonalnych szantażach i zagrywkach erystycznych — padają tu zatem na niezwykle podatny grunt. Doprawdy można sądzić, że od czasu wędrownych sprzedawców cudownych leków oszukujących publikę kuglarskimi sztuczkami minęło niewiele czasu.

Faktyczny socjalizm panujący w publicznej służbie zdrowia zrodził już tyle problemów (dopłaty do viagry dla rencistów, nierzadko kilkugodzinne oczekiwanie na pogotowie, wielomiesięczne oczekiwanie na wizytę u specjalisty etc.), że aby je opisać, nie wystarczy jeden artykuł — trzeba by było stworzyć jakieś opasłe tomiszczce, nudny elaborat uaktualniany codziennie nowymi przykładami absurdalnych katastrof. Kolejne ustawy nie przynoszą rozwiązań, zradzając jedynie następne kłopoty, w myśl konstatacji Kisiela, że socjalizm to ustrój, w którym bohatercko pokonuje się trudności nieznanne w żadnym innym systemie.

Kolejnym polem heroicznej walki służby zdrowia z samą sobą stał się „rynek” leków refundowanych. Otóż niedawno (25 maja) prezydent Bronisław Komorowski podpisał wchodzącą w życie 1 stycznia 2012 roku [ustawę o refundacji leków](#), która przewiduje wiele kontrowersyjnych uregulowań polskiego rynku farmaceutycznego, w tym wprowadzenie cen i marż ustawowych.



Ten niebezpieczny precedens oznacza powrót do czasów, gdy ceny ustalał urzędnik rozporządzeniem. Zanim jednak omówimy liczne negatywne cechy ustawy, zajmijmy się jej nielicznymi pozytywami.

Łyżka miodu w beczce dziegciu

Po pierwsze, mogło być gorzej. Regulacja dotyczy tylko leków refundowanych i trudno podejrzewać, aby w najbliższym czasie miała objąć również pozostałe. Po drugie, bardzo małą łyżeczką miodu w tej beczce dziegciu jest ustawowy zapis ograniczający wydatki NFZ na refundację do 17% budżetu Funduszu. Oznacza to [spadek tej wartości w stosunku do 2010 roku o 3%](#), choć przy jednoczesnym wzroście przychodów NFZ o ok. 8% będzie to zapewne oznaczać wzrost ogólnej sumy wydatków na ten cel. Mimo wszystko jest to zapis dość sympatyczny, nawet jeśli nie skutkuje wielkimi oszczędnościami naszych podatków.

Po trzecie, elementem w jakimś sensie pozytywnym jest zdecydowane pomnożenie biurokratycznych i ekonomicznych przeszkód na drodze tych firm, które zechcą sprzedawać leki refundowane. Jeśli jest prawdą, że — [jak twierdzi część ekspertów](#) — przyczyni się to do zniknięcia wielu leków z listy refundacyjnej, to takim rozwiązaniom należałoby przyklasnąć, ponieważ dawałyby nadzieję, choć może iluzoryczną, na jakąś drobną oszczędność pieniędzy podatników.

Na problemy socjalizmu — więcej socjalizmu

Te utrudnienia mają jednak swoje negatywne strony, przede wszystkim dalszą kartelizację rynku. Koncernom będzie łatwiej trudniej zdobyć dotacje niż mniejszym firmom, ponieważ stać je na utrzymanie zespołów prawników wyspecjalizowanych w „optymalizacji prawnej”. W ten sposób rząd zapłaci większym firmom wyłącznie za to, że przystosowały się do jego biurokratycznej maszyny. Z niepokojem należy też przyjąć większy zakres władzy i uznaniowości przyznany przez ustawę urzędnikom, połączony z koniecznością powołania nowych urzędów i opłacania kolejnych funkcjonariuszy zajmujących się ustalaniem cen w miejsce rynku.

Ale po kolei. Zanim dokładniej wyłuszczę niebezpieczeństwa nowej ustawy, wypadaloby rzucić okiem na jej otoczenie instytucjonalne.

Powodem wprowadzenia omawianych regulacji są absurdy obowiązującego wcześniej systemu refundacji leków. Wiele z nich, dostępnych dla pacjentów za opłatę ryczałtową ([63% całości budżetu na refundację w 2010 roku](#)), proponowano w promocjach po cenach symbolicznych, np. za złotówkę. Pacjenci często kupowali takie leki na zapas kosztem podatników. Czegóż innego mogli się spodziewać nasi interwencjoniści? Jeśli coś jest dostępne praktycznie za darmo, to oczywiście przestaje być traktowane jak dobro ekonomiczne, którym należy ostrożnie gospodarować. Bez podstawowego ograniczenia opłacalności wykorzystania leków przestaje mieć sens racjonalne dysponowanie nimi. Dzięki dopłatom starszycy mogli za nasze pieniądze gromadzić viagrę za darmo, a następnie sprzedawać lek na czarnym rynku (jak za komuny, gdy spekulanci zajmowali się wprowadzaniem rynkowego rozsądku tam, gdzie socjalizm wprowadzał irracjonalizm w gospodarowaniu rzadkimi zasobami).

Zaburzone przy tym funkcjonowanie całego rynku leków refundowanych. Przede wszystkim firmy farmaceutyczne zaczęły się starać o zwiększenie podaży droższych odpowiedników leków z tymi samymi substancjami czynnymi, obciążając opłacany przez nas budżet NFZ. Rozkręcono wielkie akcje promocyjne, nazywane konferencjami dla lekarzy, na których dowiadywali się oni, że powinni przepisywać leki droższe z adnotacją na receptce „nie zamieniać” (na tańszy generyk). Zapytajcie rodzinę lub znajomych lekarzy, w ilu podobnych imprezach, na których można się było najeść do syta i porządnie napić, uczestniczyli. Stworzono całą maszynę marketingową wywierającą nacisk na lekarzy. A jakie bodźce działają na samych lekarzy? Na pewno nie ekonomiczne.

Lekarze w ramach NFZ są objęci reglamentacją swojego czasu pracy — ponieważ środki na „darmową” opiekę zdrowotną nie są nieskończone, to w którymś momencie trzeba ograniczyć wykorzystanie zasobów rynku medycznego odgórnymi decyzjami administracyjnymi. Lekarz bez specjalizacji może dostać za pacjenta ryczałtowo np. 14 złotych 40 groszy na miesiąc — w tej kwocie musi zmieścić wszystkie możliwe świadczenia, jeśli oczywiście nie przyjmuje pacjenta prywatnie (ale który pacjent zechce zapłacić więcej, jeśli istnieje państwowy dumping cenowy?). Dlatego lekarze niechętnie przeprowadzają podstawowe badania, takie jak prześwietlenie. Traktują pacjentów źle nie ze złośliwości, ale dlatego, że zostali wyrzuceni poza obszar kalkulacji ekonomicznej — wskutek tego środki, które dostają na świadczenia, nie mogą być dopasowane do

realnego popytu konsumentów, a co za tym idzie, do kosztów świadczonych przymusowo usług.

Zwróćmy uwagę, że nie ma tu miejsca na różnicowanie oferty świadczeń czy inne luksusy kapitalizmu pozwalające uwzględnić indywidualną sytuację klienta. Państwo skutecznie przekonało pacjentów, że mają prawo do pełnej i profesjonalnej opieki medycznej za darmo. Państwo zmarnowało też znaczne środki na wyposażenie publicznych jednostek opieki zdrowotnej w sprzęt i ludzi, dzięki którym służba zdrowia może sprawiać takie pozory. To jeden z powodów (innym są choćby przeszkody prawne), dla których prywatne lecznice ograniczają oferty i mogą zaproponować tylko wyższe ceny dla swoich usług. Natomiast publiczne lecznice, choć cierpią na stałe niedobory środków, muszą być rozrzutne — są zobowiązane gwarantować pacjentowi tylko jeden scentralizowany pakiet usług, który w praktycznie w żaden sposób nie zależy od sytuacji ich „klienta” — poza jego grupą wiekową. Zależy natomiast od widzimisię centralnego urzędu usytuowanego w Warszawie. Dlatego nie ma znaczenia, czy pacjent to siedemdziesięcioletnia emerytka, nad którą czuwają wnuki, czy palący papierosy samotny siedemdziesięciolatek z nałogiem alkoholowym. Zgodnie z metodą kapitałową rozliczania usług udzielanych w ramach NFZ, obie sytuacje są identyczne, ponieważ obie osoby to siedemdziesięcioletni amalgamat średnich statystycznych (dodajmy, że zwykle obarczonych licznymi błędami metodologii badawczej — bo jedyną metodą estymowania rynkowej ceny leczenia starszych osób tam, gdzie nie ma rynku ich leczenia, jest wzięcie tych liczb z sufitu). To też oznacza, że stateczna i zadbana starsza pani musi zapłacić więcej za nieodpowiedzialnego człowieka, który nie umie się o siebie zatroszczyć. A skoro dotujemy takie osoby, to — zgodnie z *dictum* Rothbarda — będziemy mieli ich więcej. (Zapewniam, że nie chodzi o to, iż na rynku ludzie nieodpowiedzialni zostaliby natychmiast zlikwidowani przez buszujące dzikie siły kapitalizmu — raczej byłoby skłonni bardziej o siebie dbać, gdyby zobaczyli rachunki za swoje leczenie).

Kolejnym skutkiem systemu reglamentacji usług zdrowotnych są choćby wszechobecne kolejki. Każdy rozsądny student pierwszego roku ekonomii wie, że kolejki istnieją tylko wtedy, kiedy państwo obejmie pewne usługi cenami maksymalnymi, znajdującymi się poniżej ceny równowagi rynkowej. Nie żyjemy w rajskim ogrodzie, toteż nie znajdują się ludzie chętni oddać za bezcen

materiałów niezbędnych do wytworzenia takich usług. Dlatego państwo musi do nich dopłacać, jeśli chce ich świadczenia. Ale fundusze państwa też są ograniczone (o ile nie drukuje pieniędzy), więc władza musi wprowadzić reglamentację — ktoś bowiem by nie chciał korzystać z darmowych usług lekarzy tak często, jak to tylko możliwe? Stąd limitowanie tych usług — niby nic nie kosztują, ale na najprostsze badania trzeba czekać wiele tygodni, a nawet miesięcy. Dlatego lekarze specjaliści pracujący w ramach kontraktów z NFZ otrzymują pewną pulę punktów, który zastępuje zwykły system cen rynkowych. To nic innego, jak odpowiednik znanego nam systemu kartkowego. I oto specjalista dostaje np. 500 punktów miesięcznie do „wydania” na różnych pacjentów. Każda porada, każde użycie sprzętu to kilka takich punktów. Limitu nie można przekroczyć, wtedy bowiem NFZ nie zwróci pieniędzy zakładowi opieki zdrowotnej. Dlatego szpitale i NZOZ-y muszą ograniczać liczbę przyjmowanych co roku pacjentów. Stąd, jak w systemie kartkowym za PRL, kolejki.

Warto jeszcze zauważyć, że system prowadzi w prostej linii do konieczności zadłużania się szpitale. Wbrew pozorom nie zadłużają się one dobrowolnie. Otóż szpitale mają obowiązek wykonywać pewne świadczenia. Jeśli nie zaczną naginać prawa, odsyłając karetki do innych placówek, to muszą przekroczyć limity zakontraktowane — nierzadko zupełnie absurdalnie — przez NFZ. A pamiętajmy, że nikt prywatnie nie może zapłacić szpitalowi za świadczenie, ponieważ byłoby to omijanie „świętej” zasady braku odpłatności za leczenie, o „korupcji” nie wspominając. Dlatego choć pacjent może zapłacić, często i tak zostanie odesłany do innego szpitala przez lekarzy obawiających się posądzenia o łapówkarstwo. Nie istnieją niemal żadne społeczne formy finansowania świadczeń dla osób biednych, takie jak prywatne fundacje, towarzystwa społeczne i organizacje charytatywne. Cóż, nie są potrzebne — wszak służba zdrowia jest darmowa (niekiedy tylko przy konkretnych szpitalach tworzy się wyspecjalizowane fundacje wspierające te placówki — nadal jednak konkretny pacjent nie może bezpośrednio zapłacić za swoje własne leczenie, jeśli jest „darmowe”). Zatem państwo zmusza szpital do wykonywania pewnych czynności leczniczych, uniemożliwia pobieranie za nie opłat i jednocześnie zabrania NFZ zapłacenia za nie. Jedynym wyjściem jest oczywiście zadłużanie się lub likwidacja szpitala (i to niezależnie od tego, czy nie ma na jego usługi

rzeczywistego, ale nieodgadnionego dla magików statystyki z Ministerstwa Zdrowia, popytu).

Tak naprawdę służba zdrowia ma tylko jednego klienta — NFZ. Pacjenci są tu zaledwie kwiatkiem do kożucha, swego rodzaju reliktem dawnych czasów, gdy płacono za usługi medyczne. A skoro teraz płaci NFZ, to i ów „rynek” kształtuje swoje usługi wyłącznie pod NFZ. Stąd np. absurd fundowania w najmniejszych nawet szpitalach oddziałów ostrej inwazyjnej kardiologii. Dlaczego się to robi? Po prostu takie oddziały NFZ wycenia wyżej i płaci za nie więcej. Deficytowa jest natomiast interna czy pediatria. Nic dziwnego, że Polska słynie w całym świecie ze swojej znakomitej kardiologii. Trudno spekulować, czy na wolnym rynku kardiologia byłaby w lepszej kondycji niż pediatria, jednak nie wyobrażam sobie, aby rodzic obserwujący cierpienie swojego dziecka nie był skłonny zapłacić nawet bardzo słono za profesjonalną i kompleksową opiekę, tak jak nierzadko słono opłaca żłobek. W tej chwili pacjenci w dużej mierze są pozbawieni wyboru; rynek pediatrii nie miał nigdy szansy zaistnieć, ponieważ został zdominowany przez „darmowe” usługi szpitali.

To samo dotyczy rynku leków refundowanych, a w nowej ustawie, która go reguluje, trudno się doszukać choćby próby normalizacji *status quo* przez urynkowanie służby zdrowia. Zamiast tego otrzymujemy jeszcze większą recydywę socjalizmu.

Po pierwsze — zapisy na leki

Jednym z zapisów sprzyjających kartelizacji jest ten ustanawiający system pay-back, opisany w zwyczajowo zawiły sposób w art. 34 [ustawy](#), a sprowadzający się do zobowiązania firm farmaceutycznych sprzedających leki objęte refundacją do zwrotu części przychodów z ich sprzedaży w przypadku przekroczenia budżetu na ich refundację. Firmom farmaceutycznym oczywiście trudno przewidzieć ten moment, dlatego w naturalny sposób będą się starały ograniczać sprzedaż leków refundowanych. Choć być może dzięki temu podatnicy będą nieco mniej obciążeni wydatkami na refundację (niż mogliby być w obecnym systemie), to jednak dla wielu pacjentów będzie to oznaczało sztucznie wywołane przez rząd kłopoty z dostępem do części leków. Firmy będą bowiem robić wszystko, aby uniemożliwić dostęp do leków poza limitem ich wykorzystania. Tak jak w przypadku szpitali, skutkiem będą kolejki czy zapisy po

leki — na niektóre pacjenci będą musieli albo czekać miesiącami, albo kupić je od spekulantów (oczywiście nielegalnie, ponieważ wtórny — pozaapteczny — obrót lekami jest zakazany) po cenie czarnorynkowej, zapewne zbliżonej do rynkowej (i tak jak dziś spekulanci postarają się wszelkimi dostępnymi metodami, również nielegalnymi, kupić tyle najpotrzebniejszych leków, ile zdołają). Dzięki nim pacjenci uzyskują często ratujące życie leczenie, gdy nadopiekuńczy rząd dla ich dobra ograniczy podaż medykamentów. Niestety, część pacjentów natknie się też na oszustów wykorzystujących to sztuczne ograniczenie podaży do sprzedaży podróbek leków.

Na szczęście w ostatniej chwili udało się utracić absurdalny pomysł, aby firmy otrzymujące refundację musiały za ten przywilej zapłacić podatek w wysokości 3% obrotu lekami refundowanymi. Jedynym sensownym uzasadnieniem takiego zapisu mogło być chyba zmuszenie firm o gorszej płynności finansowej — czytaj: mniejszych, lokalnych — do porzucenia starań o refundację. Po co płacić firmom ciężkie pieniądze na refundację, skoro część tych pieniędzy trzeba zaraz zabrać (tak jak w przypadku nonsensownego opodatkowywania emerytów czy urzędników)? A może chodziło o to, aby zatrudnić dodatkowych urzędników odpowiedzialnych za pobór tych pieniędzy? Tak czy owak, w ostatecznej wersji ustawy akurat ten zapis na szczęście się nie znalazł.

Pozostały jednak fragmenty regulujące wielkość sprzedaży leków refundowanych — oczywiście, w trosce o dobro pacjenta. Jak zapisano w art. 25 i 34 ustawy, urzędnicy mają odgórnie wyliczać za pomocą swoich statystycznych demonów Laplace'a (a może demonów drugiego rodzaju Lema?) „odpowiedni” obrót, kierując się raportami o wcześniejszym obrocie, które wszystkie hurtownie farmaceutyczne są ustawowo zobowiązane składać (art. 78 [prawa farmaceutycznego](#)).

Szkodliwości takich zapisów upatruję nie w samej sprawozdawczości, ale w tym, że władza centralna, kierując się tylko sobie znanymi, wybranymi arbitralnie kryteriami, podejmuje decyzje wiążące podmioty rynku farmaceutycznego i ich klientów. W takiej sytuacji łatwo o korupcję i w ogóle o decyzje dyktowane interesem konkretnych grup nacisku, zamiast chorych.

To przecież minister zdrowia zgodnie z ustawą jest jedynowładcą wybierającym leki, które dostaną państwowe dotacje. Oczywiście w ustawie *pro*

forma mgliście zarysowano rzekomo obiektywne kryteria wyboru leków (art. 12 i 13 ustawy), które mają uwzględniać nawet zachowanie „konkurencyjności cenowej” (*sic!*). Co więcej, wprowadzono dodatkowy urząd nazwany Komisją Ekonomiczną (aby brzmiało poważniej), której stanowisko w sprawie wyboru leków minister będzie „uwzględniał” — nie „kierował się” nim, lecz jedynie „uwzględniał”. Stworzono więc kolejne ciało doradcze, którego [uczciwość dla pewności sprawdzi jeszcze Centralne Biuro Antykorupcyjne](#) (zgodnie z art. 20 ust. 6 ustawy). Jest to czysty nonsens, który stanie się kolejną bezużyteczną protezą rynku. Z ekonomicznego punktu widzenia nie ma znaczenia, czy leki będą wybierać eksperci, kierując się lobbingsiem koncernów, czy minister zdrowia, kierując się lobbingsiem koncernów (skutek będzie ten sam nawet przy założeniu dobrej woli ministra, bo nie będzie ona w stanie zastąpić rozproszonej woli chorych) — i tak skutkiem będzie wzmocnienie roli państwa i grup interesów. Wygrają urzędnicy oraz co większe i bardziej bezwzględne korporacje. Przegrają natomiast klienci oraz te firmy, które starają się uczciwie zarobić, sprzedając leki bez dopłat.

Te ostatnie stoją zresztą w tej chwili na przegranej pozycji — już na początku transformacji, [jak donoszą znawcy rynku](#), grupy wpływu postanowiły przeforsować obezwładniającą konkurencję na polskim rynku prawa własności intelektualnej. Jeszcze premier Tadeusz Mazowiecki miał według nich

[przyjąć] przedstawicielkę rządu amerykańskiego i w pięć dni [podpisać] nowe [regulacje] w zakresie ochrony własności intelektualnej, nie licząc się ze skutkami, które do dzisiaj ponosimy.

Prawo patentowe swoją drogą, ale wprowadzono jeszcze absurdalne zapisy dotyczące wyłączności danych z badań klinicznych. Oznacza to, że choć patent chroniący lek innowacyjny wygaś, a sam lek jest stosowany po pozytywnym przejściu badań klinicznych niezbędnych do jego rejestracji w kraju, to producent generyków nie może zacząć jego produkcji, ponieważ producent oryginału ma nadal prawo do całej dokumentacji leku. [Jeden z polskich badaczy twierdzi:](#)

[...] w moim instytucie w ostatnich dniach wytworzyliśmy substancję do [jednego z leków stosowanych w onkologii] i mogę zaproponować cenę dwukrotnie niższą. Niestety, nie można go wytwarzać, bo producent ma wyłączność danych klinicznych. Jestem zablokowany do roku 2011.

Do niedawna obowiązywał sześcioletni okres wyłączności danych, ale 1 maja weszła w życie Ustawa o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, która wydłuża go do 10, a w niektórych przypadkach do 11 lat (bezpośrednią przyczyną wydłużenia tego okresu w Polsce są [zapisy jednej z dyrektyw unijnych](#)). A to przecież tylko kolejny kamyczek do tego ogródka absurdów, który sprawił, że np. Polfa stała się — jak przekonuje prof. Krzysztof Rybiński [na swoim blogu](#) — „pakownią leków” wytwarzanych gdzie indziej (inna sprawa, że — jeśli dobrze rozumiem intencję prof. Rybińskiego — raczy się mylić w ocenie przyczyn tego zjawiska, co zresztą [zauważyli już lepsi ode mnie](#)).

Po co jednak skupiać się tylko na niszczeniu mniejszych firm farmaceutycznych, które mogą próbować konkurować o klienta z pożytkiem dla tego ostatniego? Ministerstwo uderza także w rynek apteczny. Już w tej chwili przedstawiciele aptek — mniej lub bardziej słusznie — [skarżą się na ich złą kondycję](#), spowodowaną przerostem biurokracji i nierzadko zwyczajnie idiotycznymi (doprawdy, trudno doszukiwać się w nich śladu rozsądku) regulacjami.

W nowej ustawie szkodliwe dla aptek absurdy tylko się pogłębiają. Otóż każdy właściciel apteki będzie musiał podpisywać indywidualnie umowę z NFZ na sprzedaż leków refundowanych; w razie odmowy nie będzie mógł się odwołać od decyzji urzędnika. Oczywiście apteki, które w swojej ofercie nie będą miały leków refundowanych, szybko znikną z rynku, więc decyzja ta przesądzi o przetrwaniu aptek. Przez to władza urzędników NFZ nad rynkiem leków nie tylko refundowanych znacznie się zwiększy. Uzasadnieniem nowego zapisu ma być zwiększenie kontroli nad wydawaniem publicznych pieniędzy na leki. Chodzi o to, aby uchronić budżet NFZ przed nadmiernymi wydatkami, a pacjentów przed rzekomo uwłaczającymi godności pacjenta kolejkami po dostępne po promocyjnych cenach leki. Pacjent już nigdy więcej nie zostanie podstępnie

wykorzystany przez apteki, płacąc za lek jeden grosz — zdają się przekonywać przedstawicieli ministerstwa zdrowia.

Problem polega na tym, że — [jak zauważył były minister zdrowia, Marek Balicki](#) — kontrola warunków wydawania leków refundowanych i tak leży już w gestii urzędników wydających aptekom koncesje. Co więcej, w nowej ustawie jest mowa o karach pieniężnych dla właścicieli aptek w razie niedotrzymania warunków sprzedaży leków (rozd. 7 ustawy), ale ustawodawca ani słowem się nie zająknął o symetrycznej odpowiedzialności NFZ. Zgodnie z ustawą, „[k]ary pieniężne stanowią przychód Funduszu. Prezes Funduszu jest wierzycielem w rozumieniu przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji”. I tyle. Apteki podlegają jednostronnym karom, mogą zostać wykluczone z bardzo istotnego sektora sprzedaży, a NFZ nie odpowiada za nic.

Zamiast uwolnienia rynku medycznego mamy więc ustawę, która wprowadza m.in.:

- regulację cen i marż w detalu i hurcie;
- regulację obrotu;
- regulację rodzaju sprzedawanych leków;
- uznaniowość wielkości dopłat do leków;
- uznaniowość doboru leków, które uzyskują dopłaty;
- pełną kontrolę urzędników NFZ nad sprzedażą detaliczną w konkretnych prywatnych aptekach.

Reasumując, mamy do czynienia z wyraźnym postępem etatyzmu, wzmacniającym dodatkowo kontrolę NFZ nad rynkiem farmaceutycznym. Poważne wątpliwości budzą też zapisy o okresowych konsultacjach cenowych między ministrem zdrowia a firmami farmaceutycznymi. Nawet jeśli założymy, że nie będzie to okazja do korumpowania kolejnych urzędników, to i tak możemy liczyć się z tym, że albo przebiegli negocjatorzy koncernów wcisną urzędnikom ministerstwa niepotrzebne leki po zawyżonych cenach, albo też urzędnicy mając na uwadze budżet wymuszą na koncernach ceny zbyt niskie (w najlepszym razie będzie to oznaczać wycofanie leku z listy refundacyjnej, w najgorszym — braki na rynku). Przypadkowe trafienie przez obie strony w realną cenę rynkową leku i wolumen jego obrotu, jest niemalże niemożliwe. A przecież to i tak drobnostka na tle niemal zupełnej nacjonalizacji i monopolizacji opieki zdrowotnej, z jaką mamy dziś do czynienia w Polsce. Dlatego warto wreszcie zrezygnować z

dalszego karmienia tej „hydry nienasyconej”, zastępując ją wolnym rynkiem medycznym.