

Paulina Polak

Nowe formy korupcji

Analiza socjologiczna
sektora farmaceutycznego
w Polsce



NOMOS

Nowe formy korupcji

Paulina Polak

Nowe formy korupcji

Analiza socjologiczna
sektora farmaceutycznego
w Polsce

NOMOS

© 2011 Copyright by Paulina Polak & Zakład Wydawniczy »NOMOS«

Wszelkie prawa zastrzeżone. Książka ani żadna jej część nie może być przedrukowywana, ani w jakikolwiek inny sposób reprodukowana czy powielana mechanicznie, fotooptycznie, zapisywana elektronicznie lub magnetycznie, ani odczytywana w środkach publicznego przekazu bez pisemnej zgody wydawcy.

Recenzje: prof. dr hab. Antoni Z. Kamiński
prof. dr hab. Jacek Kurczewski

Publikacja dofinansowana przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Instytut Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego

Redakcja wydawnicza: Krzysztof Malczewski
Redakcja techniczna: Pracownia Edytorska MP
II korekta: Eliza Litak
Projekt okładki: Agnieszka Nabielec

ISBN 978-83-7688-054-9

KRAKÓW 2011

Zakład Wydawniczy »NOMOS«
31-208 Kraków, ul. Kluczborska 25/3u; tel./fax: (12) 626 19 21
e-mail: biuro@nomos.pl; www.nomos.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	7
---------------------	---

CZĘŚĆ I

WPROWADZENIE DO PROBLEMATYKI KORUPCJI W PRZEMYŚLE FARMACEUTYCZNYM

Wprowadzenie	9
Rozdział 1	
Przemysł korupcyjny: granice analizy	19
Rozdział 2	
Ramy teoretyczne analizy przemysłu korupcyjnego	30
Rozdział 3	
Najważniejsze regulacje sektora farmaceutycznego w Polsce ..	41

CZĘŚĆ II

WYNIKI BADAŃ

Rozdział 4	
Analiza przypadku: Szkolenie w „ustawianiu” lekarzy	69
Wprowadzenie do działania branży farmaceutycznej – przedstawiciele medyczni	78
Rozdział 5	
Analiza przypadku: Dancing na promie i Becherovka w autokarze ..	92
Pięknej fikcji część pierwsza. Korupcja w relacjach lekarzy i koncernów lekowych	100
Rozdział 6	
Analiza przypadku: Cała Polska referuje, czyli funkcja publiczna na usługach firm	143
Główny cel koncernów: liderzy opinii	147

Rozdział 7	
Analiza przypadku: Wojna insulinowa	183
Wchodzimy tylnymi drzwiami. Szukając wpływów na organizacje pacjentów	192
Rozdział 8	
Analiza przypadku: Leki duchy – rejestracja „last minute”	227
Analiza przypadku: Saga o walce z żylakami	235
Rejestracja leków	244
Rozdział 9	
Analiza przypadku: Afera lekowa	259
Analiza przypadku: Wielki pech ministra P	274
Refundacja leków	283
Rozdział 10	
Analiza przypadku: Urzędnicy zesłani do Afryki	316
Analiza przypadku: Kasa Fundacji	324
Politycy, urzędnicy, eksperci – walka o sojuszników i polski „lobbing” farmaceutyczny	333
Podsumowanie	361
Zamiast post scriptum	
Szaleństwo świńskiej grypy	377
Bibliografia	383
Summary	
New Forms of Corruption: A Sociological Analysis of the Pharmaceutical Industry in Poland	407

WYKAZ SKRÓTÓW

- ABW** – Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego
- AOTM** – Agencja Oceny Technologii Medycznych
- CBA** – Centralne Biuro Antykorupcyjne
- DPL** – Departament Polityki Lekowej Ministerstwa Zdrowia
- EMA** – European Medicines Agency (Europejska Agencja Leków)
- FCPA** – Foreign Corrupt Practices Act (Ustawa o Zagranicznych Praktykach Korupcyjnych)
- GIF** – Główny Inspektor Farmaceutyczny
- KCh** – Kasa Chorych
- MF** – Ministerstwo Finansów
- MG** – Ministerstwo Gospodarki
- MZ** – Ministerstwo Zdrowia
- NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia
- NIK** – Najwyższa Izba Kontroli
- PF** – Prawo farmaceutyczne
- SEC** – U.S. Securities and Exchange Commission (Amerykańska Komisja Papierów Wartościowych i Giełd)
- URPL** – Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
- WHO** – Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization)
- ZGL** – Zespół do Spraw Gospodarki Lekami

WPROWADZENIE DO PROBLEMATYKI KORUPCJI W PRZEMYŚLE FARMACEUTYCZNYM

WPROWADZENIE

Agresywna, często przekraczająca granice etyki i prawa polityka branży farmaceutycznej, stanowi poważny problem i wyzwanie, z którym od dekad próbują sobie poradzić prawodawcy, administracja i rządy większości krajów świata.

Korupcja w sektorze farmaceutycznym stanowi bardzo poważny, choć słabo zbadany problem. Działania jego przedstawicieli dotyczą najważniejszych obszarów służby zdrowia – zdrowia publicznego i dobra pacjentów, działalności lekarzy i placówek służby zdrowia (finansowanych przez ubezpieczyciela, ale i pacjentów), jak również administracji publicznej. Funkcjonowanie przemysłu lekowego może stać się jednym ze wskaźników obrazujących stan polskiej sfery publicznej, jej problemów na styku administracji, polityki i biznesu, pojawiających się lub już utrwalonych patologii, a jednocześnie integralności, niezależności i spójności lecznictwa.

W Polsce problem silnego wpływu sektora lekowego na funkcjonowanie służby zdrowia pojawił się wraz z transformacyjną rzeczywistością po 1989 r. Na początku lat 90. na zdominowany wcześniej przez polskich producentów rynek zaczęły wkraczać największe międzynarodowe korporacje. Wniosły one najnowsze, a zarazem bardzo drogie leki, a wraz z nimi nowe, rygorystyczne zasady produkcji i dystrybucji. W sierniężnej rzeczywistości służby zdrowia pojawili się nienaganni przedstawiciele medycyny, foldery i kolorowe reklamy. Jednocześnie z koncernami wdarł się jednak także ostry marketing balansujący na granicy prawa oraz prowadzona wszelkimi możliwymi środkami i bez

względem na koszty zażarta walka rynkowa. Szybko zaczęto prywatyzować największe polskie zakłady farmaceutyczne, które przejmowane były kolejno przez dużych, globalnych wytwórców leków. Pod koniec lat 90. rynek zaczął się stabilizować, a czołowymi jego graczami okazali się ci, którzy najszybciej i najbardziej agresywnie wkroczyli nań w pierwszych latach transformacji.

Rynek farmaceutyczny, zarówno w Polsce, jak i w skali globalnej, należy do najprężniejszych i stale rozwijających się gałęzi gospodarki. Według raportu *Rynek farmaceutyczny i ochrony zdrowia w Polsce*, w 2006 r. polski rynek sprzedaży aptecznej osiągnął wartość 20,4 mld zł, wzrastając o 7,9% w porównaniu z 2005 r. (PMR, PharmaExpert 2007). 14 mld z tego stanowią wydatki na leki na receptę, a pozostałą kwotę wydano na te sprzedawane bez recepty (tzw. OTC). Niemal połowę kosztów leków przepisywanych przez lekarzy (46,7%) pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia, 23,7% dopłacają za leki refundowane pacjenci, a pozostałe 29,6% to koszty leków pełnopłatnych (*ibidem*).

Dotykający sfery publicznej i administracji doniosły problem styku przemysłu lekowego i służby zdrowia, nie był dotychczas w Polsce przedmiotem systematycznych badań, a jedyne dostępne o nim informacje pochodzą z wycinkowych i noszących raczej znamiona sensacji doniesień medialnych. Waga problemu korupcji w przemyśle farmaceutycznym i rozliczne skutki wywoływane przez działania przedstawicieli koncernów lekowych powodują, że temat ten wymaga głębokiej analizy. Jest tak zwłaszcza biorąc pod uwagę globalny zasięg działalności największych międzynarodowych korporacji farmaceutycznych, jak również otwarcie się polskiego rynku na światowe koncerny i możliwości ekspansji polskich producentów, przede wszystkim na rynek unijny i rynki wschodnie. Opisywane problemy zakorzenione w polskiej rzeczywistości mogą okazać się także przydatne do głębszego zrozumienia zasad funkcjonowania przemysłu farmaceutycznego w skali globalnej.

LOKALNE PODEJŚCIE DO GLOBALNEGO PROBLEMU

Sektor lekowy, jak już wspomniano, jest delikatnym obszarem, wymagającym ścisłych regulacji i dokładnego nadzoru. Słabość prawa i niedostatki kontroli nad nim prowadzą wprost do patologii, co obrazują liczne skandale z udziałem międzynarodowych korporacji farmaceutycznych, jakie wybuchały w ostatnich latach w różnych miejscach globu. Przyj-

zenie się kilku przykładom ukaże globalny zasięg problemu korupcji na styku sektora farmaceutycznego i służby zdrowia, który pogłębiony będzie przez analizę sytuacji w Polsce.

W Europie największy zasięg miał skandal, którego bohaterem był G., jeden z czołowych producentów leków. W czerwcu 2002 r. włoska policja skarbowa podczas rutynowych działań odkryła, iż koncern dysponuje rocznym budżetem w wysokości 100 mln euro przeznaczonym na enigmatycznie określaną „promocję medyczną”, „inne rodzaje promocji” oraz „badania czwartej fazy”. Tak ogromne środki wzbudziły naturalnie zainteresowanie wymiaru sprawiedliwości, szczególnie że prawo włoskie nakłada na firmy z sektora farmaceutycznego ścisłe ograniczenia dotyczące promocji leków. W wyniku szybko rozpoczętego śledztwa odkryto skomplikowany system komputerowy *Giove* (Jowisz), z którego korzystał koncern. Dzięki kontroli wyników sprzedaży w aptekach, program monitorował wypisywane przez opłacanych lekarzy recepty. W efekcie śledztwa zebrano nagrania ponad 13 tys. godzin rozmów telefonicznych wyraźnie wskazujących na ukryte mechanizmy sprzedaży leków i korupcyjny charakter relacji koncernu z lekarzami. Co więcej, wykorzystanie dobrze działającego, specjalnie do tego celu zaprojektowanego oprogramowania wskazuje na istnienie zorganizowanego i odgórnie narzucanego systemu przekupywania lekarzy i sprawdzania ich faktycznej lojalności.

W skandal zaangażowanych było ponad 4700 osób, w tym 4440 lekarzy i przynajmniej 270 pracowników firmy, łącznie z jej włoskim kierownictwem, z których wielu już w 2004 r. oskarżono o korupcję. Opłacani przez firmę lekarze czerpali korzyści z przepisywania określonych preparatów. Najlepiej wynagradzani byli dyrektorzy szpitali, ordynatorzy, profesorowie i szefowie przyszpitalnych aptek. Dowody wskazywały na to, że koncern kupował lekarzom drogie prezenty – komputery, aparaty fotograficzne, książki i alkohole, fundował atrakcyjne wyjazdy, m.in. na wyścigi Formuły 1 do Monte Carlo, do kurortów w Egipcie, Syrii i na Wyspach Kanaryjskich oraz wypłacał dziesiątki tysięcy euro pokrytych przez fikcyjne umowy. Zarzuty najczęściej związane były z promowaniem bardzo drogiego leku przeciwnowotworowego, którego jedna fiolka kosztuje 1800 euro. Łącznie zebrano dowody na wydanie przez firmę w przeciągu czterech lat 228 mln euro na łapówki dla lekarzy, aptekarzy i innych osób związanych z procesami zamawiania, przepisywania i sprzedaży leków. Kilka podobnych dochodzeń, dotyczących innych farmaceutycznych gigantów, toczy się w kilku miastach we Włoszech.

Według szacunków policji skarbowej, dochodzenie miało przynieść firmie gigantyczne straty, które oszacowano na 400 mln euro rocznie (por. Turone 2003, 2004; Hooper, Stewart 2004).

Podobne skandale wybuchały również w innych krajach. W Niemczech prokuratura prowadziła szeroko zakrojone śledztwo dotyczące przekupywania lekarzy przez liczne wiodące koncerny lekowe (por. np. Burgermeister 2004). W Chinach w 2007 r., za przyjmowanie łapówek w wysokości kilkuset tysięcy dolarów od dwóch dużych koncernów, na karę śmierci (jeden wyrok wykonano kilka tygodni po jego wydaniu, a wykonanie drugiego odłożono na dwa lata) lub długoletnie więzienie skazano kilku pracowników tamtejszego urzędu rejestracji leków (por. m.in. Barnes 2007a, 2007b; Barboza 2007; Jia 2007). W Stanach Zjednoczonych wybuchała niezliczona ilość skandali, a wiele z nich zakończyło się karami w wysokości kilkuset milionów dolarów, które nałożono na firmy korumpujące lekarzy lub przedstawicieli administracji¹. Już tych kilka wybranych przykładów wskazuje, że problem korupcji w przemyśle farmaceutycznym obecny jest wszędzie tam, gdzie sprzedawane są leki i gdzie styka się on z regulatorami rynku. Tym ważniejsze wydaje się zatem dokładne opisanie mechanizmów korupcyjnych na przykładzie pojedynczego przypadku, który można odnieść następnie do innych miejsc i systemów.

STRUKTURA KSIĄŻKI

Niniejsza książka podzielona jest na dwie części. Rozpoczyna się od rozdziałów teoretycznych – przyczynku do analizy systemowej w badaniach nad korupcją w sektorze farmaceutycznym, rozdziału traktującego o samym problemie korupcji oraz wprowadzającego pojęcie przemysłu korupcyjnego. Druga część ma charakter empiryczny. Jest ona oparta na badaniach terenowych, analizie prawnej, analizie dokumentów oraz prasy. W każdym z rozdziałów poruszany jest problem konkretnej formy korupcji w branży lekowej, rozpoczynając od tej obecnej w relacjach z lekarzami, przez korupcję na wyższym poziomie, obejmującą współpracę z wpływowymi i wysoko postawionymi autorytetami medycznymi (ordynatorami, profesorami), przez patologie współpracy z organizacja-

¹ Kilka przykładów takich kar zostanie opisanych w rozdziale dotyczącym regulacji rynku farmaceutycznego.

mi pozarządowymi (przede wszystkim stowarzyszeniami pacjentów), aż po korupcję na szczeblu administracji służby zdrowia, której poświęconych jest kilka odrębnych rozdziałów. Poszczególne rozdziały poprzedzone są studium przypadku ukazującym kwestie poruszane następnie w danym rozdziale. Niekiedy dany problem obrazowany jest przez dwa przykłady nieprawidłowości, co podyktowane jest chęcią wskazania złożoności problemu, jego rekursywności lub niezmiennego pojawiania się. Każdy z owych, by użyć terminologii prawniczej, kasusów stanowi wprowadzenie do opisywanej następnie głębiej problematyki, swoisty probierz wskazujący na „punkty zapalne”, w których dochodzi do nieprawidłowości. Istota kasusów polega na tym, iż bazują one wyłącznie na przedstawionym sucho i pozbawionym interpretacji materiale empirycznym, zebranych podczas analizy prasy, a często uzupełnionym przez moje dalsze badania i zebrane dokumenty źródłowe. Przedstawione są tam fakty oraz możliwe wersje zdarzeń, prezentowane przez zaangażowane strony, również te oskarżane o korupcję. Analiza problemów, poszukiwanie mechanizmów i interpretacja często niejednoznacznych zjawisk następuje dopiero w poszczególnych rozdziałach.

CEL KSIĄŻKI

W książce tej stawiam przed sobą dwa nadrzędne cele: zdefiniowanie mechanizmów korupcyjnych w sektorze farmaceutycznym oraz elementów korupcjogennych w regulacjach prawnych i w systemie instytucjonalnym. Szukając patologii, badacz może spodziewać się uzyskania ciemnego obrazu służby zdrowia, sektora lekowego i ich wzajemnych relacji. Ze względu na rodzaj i specyfikę prowadzonych badań, należy zwrócić uwagę na to, iż przedstawiona tu analiza dotyczy nie tyle najpowszechniejszych sposobów działania, co właśnie pewnych specyficznych mechanizmów, które wytworzyły się i utrwaliły w działaniach przemysłu lekowego. Wnioski dotyczyć mogą sposobów korupcyjnej komunikacji, co nie oznacza bynajmniej, że zawsze stanowić one muszą powszechnie przyjęte zachowania. Oczywiście jest bowiem, że nie wszystkie koncerny są skorumpowane, nie wszyscy przedstawiciele uciekają się do nieczystych zagrań i nie wszyscy lekarze wypisują leki za pieniądze. Intensywność opisywanych zachowań i strategii jest różna, podobnie jak wpływ poszczególnych graczy i ich siła przebicia, zarówno na oficjalnym, jak i na korupcyjnym rynku.

Analiza korupcji w przemyśle farmaceutycznym zainspirowana jest podstawowymi założeniami teorii systemów autopojetycznych Niklasa Luhmanna. Teoria ta pozwala na analizę skomplikowanych relacji sektora lekowego z różnymi fragmentami systemu służby zdrowia, które zachodzą w niezwykle kompleksowym środowisku.

Zgodnie z teorią systemową Luhmanna, odmienne logiki działania – etyczna służby zdrowia i rynkowa sektora farmaceutycznego – traktowane tu są jako odrębne systemy, funkcjonujące i odtwarzające się na podstawie swych własnych, wewnętrznych reguł. Każdy z nich jest zamkniętą w swych operacjach całością, która czerpie informacje na temat innych systemów ze swego środowiska. Systemy te są jednak ze sobą w szczególny sposób połączone poprzez specyficzne „pomosty”, czy też „służby”, określane jako sprzężenia strukturalne. W miejscach owych sprzężeń i nachodzenia na siebie systemów funkcyjnych, może pojawiać się zjawisko, którego, jak się wydaje, Luhmann nie brał pod uwagę. W przypadku ścierania się zupełnie nieprzystających do siebie struktur, sposobów komunikacji i systemowych logik operacyjnych zachodzi swoista walka systemów o zdobycie „terytorium”. Hipotetycznie sytuacja taka ma miejsce w polskiej służbie zdrowia, w szczególności w jej relacjach ze specyficznym i ponadnarodowym sektorem gospodarki rynkowej, reprezentowanym przez przemysł farmaceutyczny.

Podejście systemowe wydaje się zapewniać dobre ramy teoretyczne i instrumentarium pojęciowe nie tylko dla badacza analizującego działania wewnątrz określonego systemu, lecz właśnie obserwującego sytuację ścierania się dwóch wzajemnie niekompatybilnych systemów komunikacyjnych. Pojęcia teorii komunikacyjnych systemów autopojetycznych pozwalają na analizę takiego szczególnego zawłaszczania systemu, do którego dochodzić może w przypadku polskiej służby zdrowia i rynkowych – jak również quasi-rynkowych, korupcyjnych – mechanizmów stosowanych przez sektor farmaceutyczny.

Można przypuszczać, iż właściwe lecniectwu medium komunikacyjne służby zdrowia (z jego semantyką wyznaczaną przez zdrowie i leczenie) ulega osłabieniu przez pieniądz (z semantyką kosztów i zysków), przy jednoczesnych silnych wpływach polityki i słabości prawa. Pociąga to za sobą ścieranie się kodów komunikacji, semantyk i dyskursów należących do dwóch odrębnych systemów komunikacyjnych.

Odwołując się do innego języka, mam tu na myśli zderzenie „słabej” etyki z mocnym pieniądzem i czystą racjonalnością ekonomiczną. Owa etyka, mimo licznych wspólnych, niemal ogólnoswiatowych rysów, ma ważny kontekst lokalny, wynikający z obecnej, konkretnej sytuacji niedofinansowanej i borykającej się z licznymi problemami polskiej służby zdrowia, a także konkretnych, codziennych problemów pacjentów, lecznictwa i medycyny. Z kolei racjonalny świat pieniądza, uosabiany tu przez producentów leków – ponadnarodowe korporacje i podążające ich śladem mniejsze, często lokalne firmy – ukazuje nam swoje globalne oblicze. W skład tego świata wchodzi ogromni gracze doskonale poruszający się po globalnych rynkach, oderwanych od jakiejkolwiek lokalności, działający w pierwszym rzędzie zgodnie z własnymi zasadami, podporządkowując sobie, zwłaszcza w biedniejszych i słabszych krajach, lokalne reguły i regulacje. Ten palący problem dotyczy, mówiąc inaczej, konfliktu racjonalności aksjologicznej, kierowanej przez naczelną zasadę dobra pacjenta, z racjonalnością ekonomiczną. W obliczu takiego zderzenia konfliktujących ze sobą logik, pojawia się nowe, szczególne medium, mające pogodzić sprzeczne logiki operacyjne stykających się systemów. Zgodnie z podstawową hipotezą przedstawioną przeze mnie w tej książce, funkcję takiego pośrednika, czy też komunikacyjnego łącznika „słabej” służby zdrowia i „mocnego” sektora farmaceutycznego, pełni korupcja, w szczególności w specyficznym, zinstytucjonalizowanym i zorganizowanym przemyśle korupcyjnym. Kluczowym wyzwaniem tej książki jest zatem wskazanie i opisanie konkretnych empirycznych problemów wynikających ze zderzenia tych dwóch systemów komunikacyjnych – z ich własnymi logikami, semantykami oraz sposobami komunikacji.

Zgodnie z tezami teorii systemowej, prawidłowe funkcjonowanie systemu wiąże się z jego niezachwianą samoreferencyjną reprodukcją i odnoszeniem w swych operacjach do samego siebie, opartym na wcześniejszej samoobserwacji systemu. Zbytne otwarcie systemu zdrowia na ekonomię (a właściwie racjonalność ekonomiczną) wiąże się z utratą części jego autonomii, zacieraniem się granic systemu, a co za tym idzie, także utratą możliwości samoodnoszenia się w swych operacjach.

Wydaje się, że w przypadku systemu zdrowotnego trudno mówić już dziś jedynie o jego sprzężeniu strukturalnym z systemem ekonomicznym. Bardziej adekwatny jest być może opis jego stanu w kategoriach zacierania się granic i znacznego nachodzenia na siebie systemów gospodarki i zdrowia. Przed badaczem tego obszaru stoją w związku z tym

liczne pytania, na które będę tu poszukiwać odpowiedzi. Czy doszło do zbyt szerokiego otwarcia systemu, wręcz zawłaszczenia go przez inne sektory, a co za tym idzie, określania go za pomocą zewnętrznych, obcych kodów? Czy korupcja stała się nowym, alternatywnym medium pozwalającym na komunikację przemysłu lekowego z systemem służby zdrowia? Czy konieczna jest w związku z tym redefinicja samego systemu służby zdrowia?

METODY I TECHNIKI BADAWCZE

Najważniejszym elementem analizy zawartej w tej książce są badania jakościowe w formie serii wywiadów przeprowadzonych z tzw. ekspertami. Należały do nich osoby: 1) zaangażowane w pracę w sektorze farmaceutycznym (obecni i byli pracownicy koncernów lekowych, zatrudnieni na stanowiskach różnej rangi, a także osoby związane z organizacjami branżowymi i zrzeszającymi producentów leków); 2) związane z systemem służby zdrowia (lekarze i inny personel medyczny, kluczowi pracownicy administracji służby zdrowia i politycy zaangażowani w kwestie zdrowia); 3) niezależni eksperci (dziennikarze medyczni i śledczy, prowadzący portale internetowe, prawnicy zajmujący się problematyką farmaceutyczną). Taki wybór głównej metody badawczej, a co za tym idzie dobór rozmówców, miał na celu dotarcie do możliwie jak najgłębszych pokładów wiedzy, nieosiągalnej dla badacza korzystającego z metod ilościowych i statystycznych. W tej analizie punkt ciężkości postawiony jest bowiem na wniknięcie w głąb systemu, jakim jest przemysł farmaceutyczny, i uzyskanie wiedzy niedostępnej dla zewnętrznego obserwatora, odmiennej też od wiedzy potocznej. Celem nie było poszukiwanie uogólnień lub uśrednionych opinii, lecz odkrywanie mechanizmów, norm, wartości i znaczeń pojawiających się w opisywanym obszarze, co stanowi ostateczne dążenie metod jakościowych w socjologii.

W ramach badań przeprowadziłam 35 wywiadów pogłębionych z wymienionymi wyżej ekspertami, zajmującymi szerokie spektrum pozycji w sektorze lekowym, poczynawszy od przedstawicieli medycznych, przez ich przełożonych, aż po osoby zajmujące najwyższe stanowiska w koncernach farmaceutycznych oraz w zrzeszających wytwórców organizacjach. Tak uzyskane informacje konfrontowałam następnie z wypowiedziami lekarzy, pracowników administracji służby zdrowia (Ministerstwa Zdrowia, Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego, Narodowego

Funduszu Zdrowia) oraz kluczowymi postaciami polityki zdrowotnej (politykami centralnego szczebla). Dodatkową weryfikację stanowiły rozmowy z niezależnymi ekspertami, nieuwikłanymi bezpośrednio w relacje z sektorem farmaceutycznym. Część z wywiadów była ponawiana (nawet kilkukrotnie) w celu wyjaśnienia pewnych kwestii i pogłębienia wiedzy związanej z pojawieniem się nowych danych.

Tak duża dywersyfikacja rozmówców dała mi możliwość dotarcia do jak najszerzej i jak najgłębszej wiedzy z zakresu funkcjonowania sektora farmaceutycznego i jego relacji ze służbą zdrowia. Uzyskiwane w ten sposób informacje mogłam konfrontować z wypowiedziami innych rozmówców oraz z dokumentami źródłowymi.

Dokumenty źródłowe stanowiły ważne uzupełnienie i potwierdzenie danych uzyskanych z wywiadów pogłębionych. Dotarłam do licznych dokumentów wydanych przez organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości, zeznań świadków i wyroków sądowych, korespondencji pomiędzy organami administracji i przedstawicielami przemysłu, niepublikowanych wewnętrznych raportów administracji publicznej, zapisów rozmów i innych dokumentów potwierdzających stawiane w książce tezy.

Kolejnym cennym źródłem danych były raporty niezależnych organizacji badawczych i kontrolnych. Szczególnie ważną pozycję zajmują tu raporty Najwyższej Izby Kontroli dotyczące rejestracji i refundacji leków, które stanowią istotne i wysoce wiarygodne źródło informacji dotyczących polityki lekowej na przestrzeni ostatniej dekady. Dodatkowo, wykorzystałam inne raporty dotyczące funkcjonowania rynku farmaceutycznego, zarówno specjalistyczne, jak i te *stricte* dotyczące istniejących w nim patologii.

Uzupełnieniem dokumentów źródłowych i niezależnych raportów pokontrolnych stały się liczne materiały prasowe zebrane w toku szerokiej analizy mediów pod kątem przypadków korupcji. Te trzy typy danych posłużyły mi jako podstawa do rekonstrukcji przypadków korupcyjnych, opisanych w poprzedzających rozdziały kazusach.

Niemniej jednak pierwszym i wstępnym etapem pracy badawczej była analiza stanu prawnego odnoszącego się do funkcjonowania sektora farmaceutycznego i jego relacji ze służbą zdrowia. Ze względu na liczne zmiany legislacyjne, koniecznym okazało się uzupełnianie analizy o kolejne nowelizacje ustaw i modyfikacje niższych aktów prawnych (przede wszystkim rozporządzeń ministra zdrowia, a także zarządzeń prezesa NFZ i prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych). Naj-

ważniejszymi przeanalizowanymi aktami prawnymi były: Ustawa prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381 z dnia 31 października 2001 r. z licznymi zmianami; wraz z Ustawą przepisy wprowadzające ustawę – Prawo farmaceutyczne, ustawę o wyrobach medycznych oraz ustawę o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Dz. U. Nr 126, poz. 1382 z dnia 31 października 2001 r. z późniejszymi zmianami), Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z dnia 27 września 2004 r. z licznymi zmianami), Ustawa o cenach (Dz. U. Nr 97, poz. 1050 z dnia 11 września 2001 r.), Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 z dnia 17 marca 2003), Ustawa o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (Dz. U. Nr 126, poz. 1379 z dnia 31 października 2001 r.), Ustawa o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 z dnia 6 września 2005 r.).

Dodatkowo przeprowadziłam analizę wewnętrznych regulacji etycznych branży farmaceutycznej (tzw. samoregulacji), w tym dwóch kodeksów etycznych największych stowarzyszeń zrzeszających międzynarodowych (INFARMA) oraz w większości polskich (wspólny kodeks, którego sygnatariuszami są Polska Izba Przemysłu Farmaceutycznego i Wyrobów Medycznych POLFARMED, Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, Izba Gospodarcza Farmacja Polska) producentów leków. Zbadałam także międzynarodowe wytyczne etycznego prowadzenia biznesu oraz wewnątrz korporacyjne standardy wprowadzane przez największych wytwórców farmaceutyków, które uzupełniłam wskazówkami dotyczącymi współpracy lekarzy z przemysłem, zawartymi w najnowszym Kodeksie Etyki Lekarskiej.