



SENAT
RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ

X kadencja

Zapis stenograficzny

z posiedzenia
Komisji Zdrowia (116.)

7 marca 2023 r.

Porządek obrad:

1. Informacja Ministra Zdrowia na temat bezpieczeństwa lekowego w Polsce.
Dostęp do terapii w ramach programów lekowych.

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 33)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca
Beata Małecka-Libera)

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Możemy rozpocząć posiedzenie komisji.

Może się państwo troszeczkę przysuniecie do mnie, bo się czuję jakoś tak wyalienowana.

Szanowni Państwo, dzisiejsze posiedzenie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, będzie raźniej i cieplej.

(Rozmowy na sali)

Senatorowie są dzisiaj zdalnie.

(Głos z sali: Mogę tutaj?)

Jasne.

Szanowni Państwo!

Dzisiaj mamy posiedzenie Komisji Zdrowia na temat informacyjny, nie ustawy – nie będziemy dywagować na temat ustaw – ze względu na to, że docierały do mnie prośby o porozmawianie na posiedzeniu Komisji Zdrowia na temat zabezpieczenia lekowego i dostępności leków na rynku. Pewnie będzie także poruszona kwestia ustawy refundacyjnej, zresztą wielokrotnie zapowiadanej, która miała być nowelizowana. I pewnie minister będzie miał tutaj parę słów do powiedzenia. Ale przede wszystkim chodziłoby nam o porozmawianie na temat zabezpieczenia pacjentów, jeśli chodzi o dostępność programów lekowych, a właściwie całego procesu, ponieważ docierają do mnie głosy, że ten proces jest znacznie wydłużony, że jest kilka barier. Jest to posiedzenie komisji, na którym chcielibyśmy te tematy poruszyć, a także wysłuchać pana ministra. To znaczy czy widzi te bariery i jakie ewentualnie są możliwości, jeśli chodzi o przyspieszenie dostępności tych leków, które są refundowane, ale które w całym

procesie programu lekowego jednak pacjenci otrzymują stosunkowo późno.

Witam wszystkie osoby, które są na dzisiejszym posiedzeniu komisji, a którym ten temat jest szczególnie bliski. Witam państwa senatorów, którzy są zdalnie. Witam pana ministra Miłkowskiego, który odpowiada za kwestie lekowe – a więc tym bardziej jest nam miło, że właśnie pan minister będzie mógł tutaj merytorycznie zabrać głos – jak również stronę społeczną, która też jest, nie ukrywam, inicjatorem tego spotkania. Bo wielokrotnie zwracały się do mnie osoby z prośbą o zrobienie tego typu spotkania.

Panie Ministrze, oddam panu głos jako pierwszemu, pewnie tylko tytułem wprowadzenia, bo rozumiem, że dyskusja będzie dosyć żywa i że strona społeczna również będzie chciała powiedzieć kilka rzeczy. A więc myślę, że głos pana ministra będzie równie ważny po tej drugiej części, czyli po zadaniu pytań.

Może przejdźmy w takim razie do krótkiego wprowadzenia, a później strona społeczna przedstawi to wszystko ze swojego punktu widzenia.

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI

Dziękuję bardzo serdecznie pani przewodniczącej za to informacyjne posiedzenie komisji na temat tego, jak wygląda sytuacja w zakresie dostępności lekowej – w szczególności dostępności lekowej w programach lekowych – i taki ogólny rzut oka na to, co się dzieje.

Jeśli przeanalizujemy sytuację finansową w ostatnich latach w zakresie wydatków na leki, to widać, że te wydatki cały czas wzrastają.

Całkowity budżet wynosił prawie 11 miliardów w 2012 r. i w każdym kolejnym roku był większy, a refundacja apteczna wzrosła z 8 miliardów w 2012 r. do 10 miliardów w tym roku. Przy tym refundacja apteczna rośnie najmniej, bo, jak wiemy, ustawa refundacyjna zmniejszyła wydatki na system apteczny – to było całkowicie nowe podejście do systemu refundacji – ale od tego czasu systematycznie wzrasta. A główny zakres zmian dotyczy tego, o czym dzisiaj mówimy, to jest leków przeznaczonych do programów lekowych. I przede wszystkim na tym się skupimy.

Jeszcze tylko powiem o lekach w chemioterapii, ponieważ jak w 2012 r. były na nie 773 miliony zł, tak teraz mamy budżet 660 milionów. Widać, że leki w zakresie chemioterapii bardzo istotnie tanieją, a liczba nowych leków w tym zakresie istotnie się nie zwiększa, chociaż ostatnio przesunęliśmy trochę leków z programów lekowych do tego katalogu. Ale ten katalog co do zasady nie rośnie.

Głównym elementem naszej troski są leki dla pacjentów w konkretnych grupach wskazań medycznych, leki innowacyjne, leki drogie, w przypadku których istnieje konieczność dobrego ustalenia wskazań refundacyjnych, monitorowania tych wskazań, jak również monitorowania procesu przyjmowania leków i wykluczenia pacjentów z kontynuacji, bo jeśli nie ma efektów klinicznych, to nie powinni oni dalej przyjmować tych leków. Ta wartość od tamtego okresu wzrosła z 2 miliardów do 8,5 miliarda w aktualnym planie, a w ubiegłym roku mieliśmy prawie 7 miliardów w ostatecznym planie. Tak że widać dokładnie, że rozwija się to głównie w zakresie ilościowym, wartościowym i w zakresie liczby pacjentów, którzy zostali tym objęci.

W ostatnich latach były bardzo duże wzrosty, w szczególności w roku ubiegłym był taki bardzo duży wzrost w tym zakresie – 115 terapii, głównie wskazania nieonkologiczne. A ten rok, po 2 listach refundacyjnych z 6, też mamy bardzo dobry – to są 42 wskazania – i na pewno przebijemy rok 2021. Wynik z ubiegłego roku zapewne będzie niedościgniony, najwyższy. Mamy jeszcze duże plany refundacyjne w zakresie programów lekowych, jak również planujemy duże porządki w zakresie refundacji aptecznej.

Liczba pacjentów, którzy są w programach lekowych, cały czas wzrasta. I widzimy, że już ta unikalna liczba pacjentów... W ubiegłym

roku to było 211 tysięcy, a w 2012 r. – 150 tysięcy. Czyli było 150, 170 i 211 tysięcy. To dotyczy głównie pacjentów nieonkologicznych – wzrost ze 116 tysięcy do 156 tysięcy w ubiegłym roku – i 55 tysięcy pacjentów onkologicznych. Leczenie onkologiczne jest często droższe. Jeżeli chodzi duże liczby w programach nieonkologicznych, to w programie leczenia schorzeń siatkówki jest duża liczba pacjentów – bardzo dobrze prowadzonych, co przekłada się na wydłużenie o kilka lat dobrego widzenia u tych pacjentów. Kolejny jest program leczenia stwardnienia rozsianego. A pozostałe bardzo istotne programy, które się rozwijają, to oczywiście: onkologiczny program leczenia raka piersi, program leczenia raka gruczołu krokowego, program leczenia pacjentów z rakiem płuca. Właściwie coraz więcej tych programów jest realizowanych. Staramy się, żeby programy były jednolite i na jedno wskazanie, które obejmuje wszystkie linie leczenia, jak również wszystkie pokrewne jednostki chorobowe, pokrewne podtypy leczenia w danym wskazaniu refundacyjnym. Staramy się te zakresy łączyć. I stąd czasami były jakieś zmniejszenia dotyczące liczby programów lekowych, w szczególności w hematologii, gdzie w ostatnim okresie łączyliśmy programy leczenia szpiczaka czy inne.

No i jest też trend w ostatnich latach, jak już powiedziałem, przenoszenia leków z programów lekowych, które już zakończyły okres wyłączności, do kategorii chemioterapii. Tak się stało w hematologii z rituximabem, gefitinibem, bevacizumabem czy ostatnio z lenalidomidem. Czasami jest tak, że później w tych programach są poszerzane wskazania refundacyjne, czasami poszerzane również *off-label*. Ostatnio, bo od marca przenieśliśmy do tego katalogu 2 niezwykle istotne cząsteczki – trastuzumab w postaci dożylniej, jak również octan abirateronu stosowany w leczeniu raku gruczołu krokowego. To są rzeczy w zakresie refundacyjnym. Tutaj Narodowy Fundusz Zdrowia cały czas systematycznie płaci na bieżąco.

Przychodząc do Narodowego Funduszu Zdrowia i pełniąc funkcję wiceprezesa, starałem się podejść do tej sytuacji, ponieważ każda umowa Narodowego Funduszu Zdrowia musi zawierać określone wartości, czyli liczbę pacjentów i cenę. One są później aneksowane. Starałem się zawsze, żeby w zakresie leków, jeśli pacjent ma bezwzględne wskazania... A to znaczy, że za to trzeba zapłacić w 100%, ponieważ tu są koszty

poniesione przez szpitale w 100%. W przypadku niektórych innych zakresów było tak, że ta płatność była zredukowana.

Jeśli chodzi o pytanie, które było, o nowelizację ustawy refundacyjnej, to w tym zakresie też jest kilka istotnych elementów, dotyczących: dostępności leków, prób zwiększenia ich produkcji w Polsce czy szybszych zmian w programach lekowych, zmian, które są zgodne z wytycznymi towarzystw naukowych. Towarzystwa często publikują nowe wytyczne co 2 czy 3 lata. Żeby te zmiany były stosowane, wprowadza je ta ustawa.

Ostatnio mieliśmy bardzo duże spotkanie informacyjne z branżą farmaceutyczną, jak również branżami, których to dotyczy, czyli z polskimi i zagranicznymi producentami leków, z hurtowniami farmaceutycznymi oraz z farmaceutami i aptekarzami, którzy prowadzą apteki. To spotkanie było bardzo dobre. Uzgodniliśmy jakieś punkty, które powinny zostać zmienione na dalszym etapie tego procesu, jak również ustaliliśmy, gdzie się różnimy, i strony w większości przyjęły to do wiadomości. Wydaje nam się, że w miarę jesteśmy co do tego umówieni i że kierunek zmian jest sensowny, możemy się różnić w drobnych rzeczach. Mamy nadzieję, że w najbliższym czasie ta ustawa trafi na posiedzenie Rady Ministrów, być może już z autokorektami. A część poprawek będziemy, tak jak zawsze, dyskutowali w Sejmie, ponieważ Sejm jest tym miejscem, gdzie prowadzone są najlepsze dyskusje. Oczywiście później będzie również w Senacie. Tak że mam nadzieję, że to pójdzie sprawnie.

To taki wstęp.

Oczywiście są z nami przedstawiciele całej naszej administracji publicznej – Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, jak również inspekcji farmaceutycznej – ale myślę, że oddałbym głos przedstawicielom pacjentów i producentów. My wszystkich znamy, z wszystkimi się widujemy, nierzadko zgłaszają nam oni uwagi. Tak że dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję, Panie Ministrze.

Tak się stało, że ja jestem dzisiaj tylko łącznikiem na posiedzeniu komisji. Myślę, że

absolutnie Senat jest tym miejscem, gdzie możemy rozmawiać o różnych wątpliwościach.

Wiem, że środowisko podnosiło 2 kwestie w przypadku programów lekowych, bo o tym w tej chwili mówimy. Pierwsza to kwestia wydłużonego czasu i opóźnień, jakie spotykają pacjenci od momentu decyzji refundacyjnej, aż po otrzymanie leku. Wskazują również drugi ważny aspekt czy barierę. A mianowicie nierówności w dostępie.

Ja w tej chwili, myślę, oddam głos osobom, które bezpośrednio będą referowały, w czym jest problem. I chciałabym, żeby później pan minister również się do tego odniósł.

Proszę bardzo o państwa głosy. Proszę się przedstawiać do mikrofonu, bo wszystko nagrywamy.

**PRZEWODNICZĄCY
KOMITETU FARMACEUTYCZNEGO
AMERYKAŃSKIEJ IZBY HANDLOWEJ
JACEK GRALIŃSKI**

Dzień dobry państwu.

Jacek Graliński, przewodniczący Komitetu Farmaceutycznego Amerykańskiej Izby Handlowej zrzeszającej 16 dużych firm.

Faktycznie na ten temat, na który pani senator, pani przewodnicząca zwróciła uwagę, warto chwileczkę porozmawiać, bowiem od chwili, kiedy pojawia się decyzja administracyjna, a w ślad za nią obwieszczenie refundacyjne, do momentu, kiedy lek faktycznie jest ordynowany pacjentowi, w niektórych przypadkach, szczególnie jeżeli chodzi o programy lekowe, mija długi czas. Oczywiście wynika to z pewnej sekwencyjności aktywności, która jest niezbędna – choćby przygotowanie systemu informatycznego, podpisanie umowy, wydanie zarządzenia. Mówię, jak to jest po kolei. I są to zdarzenia, które powinny mieć miejsce.

W związku z tym zasadnicze pytanie byłoby takie: czy nie można tego procesu skrócić, robiąc pewne czynności albo odpowiednio wcześniej, albo równoległe z tym etapem, który jest w kompetencjach ministra zdrowia? A nadzieję w tym oczekiwaniu daję kilka przykładów pokazujących, że faktycznie ten czas można bardzo skrócić, wręcz do dni czy tygodni – żeby być precyzyjnym. Czy w związku z tym nie można by było tego działania upowszechnić?

Kończąc wypowiedź, chcę się oprzeć na takim przekonaniu, że ten problem dostrzega też Narodowy Fundusz Zdrowia, bowiem w planie na 2023 r. jest wpisane skrócenie tego czasu do 90 dni. I to jest bardzo dobry kierunek.

A pytanie z naszej strony byłoby takie: czy faktycznie tego czasu nie można skrócić niemal do zera od chwili, kiedy decyzja administracyjna stanie się faktem i pacjent, ergo obywatel, ma świadomość dostępu do świadczenia gwarantowanego? Czy to świadczenie nie może być faktycznie dostępne z tym dniem? Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.
Proszę.

EKSPERT FEDERACJI
PRZEDSIĘBIORCÓW POLSKICH
DO SPRAW OCHRONY ZDROWIA
GRZEGORZ BYSZEWSKI

Dzień dobry.
Grzegorz Byszewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich.

Serdecznie dziękujemy za możliwość wzięcia udziału w tej dyskusji. Dziękujemy Senatowi, pani senator za udostępnienie tej platformy do, myślę, bardzo merytorycznej i rzeczowej dyskusji.

Panie Ministrze!

W pełni się zgadzamy. Serdecznie gratulujemy przede wszystkim tych sukcesów, które pan wymienił. Myślę, że to zostało docenione. My widzieliśmy w zeszłym tygodniu „Listę Stu 2022: system ochrony zdrowia” i to, w jaki sposób pana dokonania są oceniane. W kapitule są eksperci, są pacjenci, więc myślę, że ci najważniejsi, którzy są beneficjentami pana decyzji, w pełni to doceniają.

Tutaj podkreślę to, co powiedział mój przedmówca. Chcielibyśmy zapytać o kolejny etap, bo podjęcie przez pana ministra decyzji nie powoduje, że lek jest dostępny dla pacjentów, potem musi się zadziać szereg różnych rzeczy. Mamy przykłady, że pan minister wpisał lek na listę od listopada, a Narodowy Fundusz Zdrowia tak przeprowadził konkursy, że on będzie dostępny

dopiero od maja tego roku. Czyli mamy okres ponad 6 miesięcy, kiedy pacjenci wiedzą, że ten lek jest na liście leków, ale nie jest on fizycznie dostępny albo kiedy mogą jechać do województwa, gdzie ogłoszono konkurs i ten lek udostępniono pacjentom wcześniej, np. od 1 lutego czy od 1 marca... Bo zwykle występuje 3-miesięczne opóźnienie. A są pacjenci, nieszczęśliwi, w niektórych województwach, którzy muszą czekać jeszcze kilka miesięcy dłużej. Tak więc tu mówimy o tej nierówności. To jest jedna rzecz.

A druga rzecz to właśnie czas oczekiwania. W jaki sposób można to usprawnić tak, żeby pacjenci mogli jak najszybciej korzystać decyzji z pana ministra? Chociażby taka sytuacja ze stycznia... Z tego, co pamiętam, finalna wersja zarządzenia prezesa NFZ, które wprowadzało i regulowało kwestię listy styczniowej, została wydana w połowie lutego. Tak więc minęło 1,5 miesiąca nim zostało to wprowadzone. Oczywiście jeżeli leki są dołączane do istniejących programów lekowych, to te bariery są mniejsze, ale tam, gdzie pan minister otwiera nowy obszar i powstaje nowy program lekowy, tam ta procedura jest bardzo, bardzo wydłużona. Były nawet takie pojedyncze sytuacje, że pierwszy pacjent czekał ponad 9 miesięcy na otrzymanie leku. Dziękuję serdecznie.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.
Czy ktoś jeszcze chce zabrać głos?
Proszę bardzo.

EKSPERT FEDERACJI
PRZEDSIĘBIORCÓW POLSKICH
DO SPRAW OCHRONY ZDROWIA
WOJCIECH WIŚNIEWSKI

Dzień dobry.
Wojciech Wiśniewski, FPP.
Żał byłoby nie skorzystać z takiej okazji.

Chciałbym zwrócić uwagę – bo to chyba nie będzie żadną tajemnicą – że programy lekowe nie są ani dla Narodowego Funduszu Zdrowia, ani dla resortu, lecz dla pacjentów. A dyskusja, którą tutaj prowadzimy, jest niemalże tak samo stara, jak te programy lekowe, wymyślone 10 lat temu.

Ale chciałbym zwrócić uwagę na inny aspekt, podejrzewam, tego samego problemu. Mianowicie nie ulega chyba wątpliwości – ja spędziłem 3 lata w organizacji wspierającej pacjentów onkologicznych – że co do zasady bardzo wiele terapii powinno być dostępnych blisko miejsca zamieszkania chorego. Chodzi o to, aby on podróżował wyłącznie w przypadku tej części, gdzie z powodu koncentracji pewnego rodzaju świadczeń uzyskuje się korzyść kliniczną, a więc np. w przypadku chirurgii. I chyba nie ulega wątpliwości od momentu zawarcia konsensusu w siedzibie Najwyższej Izby Kontroli w lutym 2018 r., że leczenie uzupełniające powinno być jak najbliżej chorych. Być może jest to pogląd wymagający dalszej weryfikacji, ale niestety to, co dostrzegamy z naszej perspektywy – są tutaj przedstawiciele organizacji pacjentów i jestem ciekaw, czy z ich perspektywy wygląda to tak samo – to to, że ta obietnica leczenia blisko miejsca zamieszkania chorego, jeżeli chodzi o leczenie systemowe, nie została spełniona. A finansowanie czy przekazywanie strumieni finansowania nie załatwi wszystkich problemów.

Chciałbym tylko zwrócić uwagę na kilka niepokojących zjawisk, które sprawiają, że być może liczba świadczeniodawców udzielających tego rodzaju świadczeń będzie w najbliższym czasie się zmniejszać.

Przede wszystkim chciałbym zwrócić uwagę na finansowanie świadczenia podania leków w ramach programów lekowych. Tutaj wycena jest niższa niż w przypadku ich podawania np. w terapii onkologicznej w ramach katalogu chemioterapii. Ta różnica jest jeszcze większa, jeżeli mówimy o ośrodkach, które dostają 18-procentową premię od Narodowego Funduszu Zdrowia za kompleksowość. Czyli mamy do czynienia z taką sytuacją, że programy lekowe realizowane w dużych ośrodkach są lepiej opłacane, aniżeli świadczenia, które są finansowane na dole, bliżej miejsca zamieszkania chorego. I to może powodować, że niektórzy świadczeniodawcy – w szczególności ci mali, którzy nie mają zbyt wielu pacjentów – niestety będą z tego rezygnować. A to będzie pogłębiać ten proces.

Kolejne 2 rzeczy.

Po pierwsze, straty technologiczne. Podejrzewam, że argumenty Naczelnej Rady Aptekarskiej trafiają do Ministerstwa Zdrowia i do Narodowego Funduszu Zdrowia, bo jednak

środowisko farmaceutów szpitalnych od dawna zwraca uwagę, że należałoby znaleźć rozwiązanie problemu strat technologicznych. Czyli po prostu tego, że niestety część leków się wylewa. To jest pewnego rodzaju zjawisko, z którym trzeba sobie poradzić. Tylko trzeba zwrócić uwagę, że to zjawisko dotyczy – znowu w nierówny sposób – świadczeniodawców różnej wielkości. Dlatego że w przypadku dużej skali istnieje możliwość optymalizacji tych procesów w taki sposób, że straty, których koszty ponoszą ośrodki, są mniejsze w dużych ośrodkach, a większe w małych. I znowu: mniej świadczeniodawców będzie zainteresowanych podaniem tych terapii blisko miejsca zamieszkania chorego.

Po drugie, rzecz, niestety znowu bardzo negatywnie wpływająca na sytuację mniejszych świadczeniodawców, to jest de facto to, że oni, zresztą podobnie jak więksi świadczeniodawcy, zajmują się kredytowaniem programów lekowych. Nie muszę mówić, że wiele ośrodków w Polsce ma pewnego rodzaju kłopoty z bieżącym finansowaniem swojej działalności. Nie chcę się rozwodzić nad tym, dlaczego tak się dzieje – podejrzewam, że nie jest to miejsce i czas – ale należy zwrócić uwagę, że koszt kredytowania czy wysiłek finansowy niezbędny do realizacji akurat tego rodzaju świadczeń jest bardzo duży i, niestety, małe ośrodki mogą sobie nie móc na niego pozwolić.

Z tego powodu chciałbym zapytać przedstawicieli resortu zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, czy są rozważane prace zmierzające do weryfikacji taryf, jeżeli chodzi o katalog chemioterapii i programy lekowe. Czy Narodowy Fundusz Zdrowia zamierza modyfikować współczynniki korygujące lub pewne premie, które mogą pogłębiać różnice w finansowaniu tego rodzaju świadczeń? Czy rozważacie państwo zmiany dotyczące rozliczania strat technologicznych albo tego po prostu, aby straty te w mniejszym stopniu dotykały ośrodków mniejszych? Bo wydaje się, że na końcu to będzie bardzo wpływać na sytuację chorych.

I chociaż bardzo dużo mnie kosztuje powstrzymanie się od komentowania obecnych zmian systemu opieki onkologicznej, to śmiem twierdzić, że ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej przyspieszy proces migracji pacjentów z programów lekowych do ośrodków w miastach wojewódzkich, a w mojej ocenie, która jest poparta 3-letnim doświadczeniem w pracy

w organizacji pozarządowej, nie wszyscy chorzy będą mogli sobie na to pozwolić. Pięknie dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.
Czy jeszcze ktoś z państwa?
Proszę bardzo.

WICEDYREKTOR ALIVII
– FUNDACJI ONKOLOGICZNEJ
JOANNA FRĄTCZAK-KAZANA

Dzień dobry państwu.

Joanna Frątczak-Kazana, Alivia – Fundacja Onkologiczna. Reprezentuję również Ogólnopolską Federację Onkologiczną.

Chciałabym dodać kilka słów do tego, co powiedzieli moi przedmówcy.

A mianowicie chodzi o kwestię nierówności w dostępie do programów lekowych w kontekście Krajowej Sieci Onkologicznej. Ta ustawa jest w tej chwili procedowana. Zgodnie z Narodową Strategią Onkologiczną i założeniami Krajowej Sieci Onkologicznej świadczenia typu chemioterapia, podania czy programy lekowe powinny być dostępne najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta. Żywimy taką obawę, że, niestety, właśnie ten proces będzie wyglądał odwrotnie. Tak jak powiedział mój przedmówca, leczenie będzie koncentrowało się właśnie w ośrodkach wojewódzkich i w tych dużych ośrodkach, a ten cel, który dotyczy leczenia pacjenta, podania chemioterapii czy leków z programu lekowego najbliżej miejsca zamieszkania, nie będzie realizowany.

I moje pytanie: czy ten temat w ramach prac nad Krajową Siecią Onkologiczną, ale również innych prac jest przedmiotem jakichkolwiek badań i ewentualnie decyzji? Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Tak, Panie Ministrze, rzeczywiście wiele rzeczy, które pan zrobił, zostaje docenionych, także przez środowisko pacjenckie.

A te kwestie, które dzisiaj są podnoszone, są bardzo merytoryczne i też bardzo ważne dla pacjenta. Przede wszystkim ta dostępność blisko pacjenta. W przypadku wejścia w życie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej – jak wiemy, będzie ona teraz procedowana w Sejmie i zapadnie ostateczna decyzja... Ta obawa o dostępność i o opiekę na dole cały czas była podnoszona w trakcie procedowania. Czy aby na pewno ośrodki, które zostaną zbudowane w Krajowej Sieci Onkologicznej, nie spowodują zmiany trendu? Z jednej strony cały czas mówiliśmy, że najważniejszy jest ten dostęp właśnie blisko pacjenta. Chodzi o to, aby on nie musiał jeździć, dojeżdżać na diagnostykę czy na porady. A z drugiej strony jednak centralizacja powoduje to, że ośrodki będą się kumulować i usztywniać. Tak więc temat związany z liczbą świadczeniodawców blisko pacjenta rzeczywiście będzie w mojej ocenie dosyć dużym problemem.

Jeszcze pan? Proszę bardzo.

A potem oddamy głos panu ministrowi.

Proszę.

WICEPREZES ZARZĄDU
POLSKIEGO ZWIĄZKU PRACODAWCÓW
PRZEMYSŁU FARMACEUTYCZNEGO
„KRAJOWI PRODUCENCI LEKÓW”
GRZEGORZ RYCHWALSKI

Bardzo dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Grzegorz Rychwalski, „Krajowi Producenci Leków”.

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Na wstępie dołączam się do podziękowań za zmiany i przenoszenie leków biologicznych tam, gdzie jest taka możliwość, do katalogu chemioterapii. Bo faktycznie każde działanie zmierzające do zwiększenia dostępu do leczenia biologicznego w Polsce jest bardzo istotne. Raporty pokazują, że dostępność leczenia biologicznego w Polsce daleko odbiega od średniej europejskiej. Każde działanie, które zmierza do tego, żeby była większa, zasługuje na podziękowanie. I bardzo za to dziękuję.

Niemniej jednak kwestia bezpieczeństwa lekowego – mówię z perspektywy programów lekowych i 211 tysięcy pacjentów, ale warto również ją umiejscowić w szerszej perspektywie, o której mówił pan minister we wstępie i pani przewodnicząca... To także są miliony pacjentów,

którzy przyjmują leki nie w programach lekowych, a w kategorii aptecznej. I tutaj jest kwestia ustawy refundacyjnej i partnera bezpieczeństwa lekowego. Tak że należy podziękować za to, że takie zmiany zostały zaprojektowane.

Jakkolwiek „Krajowi Producenci Leków” mają inną perspektywę, to jesteśmy tutaj w szerokim dialogu z Ministerstwem Zdrowia. Niemniej jednak jakakolwiek perspektywa zostanie na końcu wynegocjowana, to warto, aby została ona później poddana ocenie. A więc jakaś taka OSR ex post. Chodzi o to, aby faktycznie wdrażać w perspektywie kilkuletniej najlepsze rozwiązania, które się przysłużą rozwojowi substancji czynnych w Polsce, wytwarzaniu leków w Polsce. A to wszystko służy temu, o czym prezes Wojciech powiedział, czyli służy pacjentom. Chodzi o to, żeby był zagwarantowany dostęp dla pacjentów w czasie kryzysu i w czasie zamykania granic, ale i o to po prostu, żebyśmy w normalnym czasie nie byli zależni od dostaw z innych rejonów świata.

A mówiąc o bezpieczeństwie lekowym należy także wspomnieć, że to nie jest tylko kwestia ustawy refundacyjnej. W tym miejscu chciałbym podziękować za to spotkanie 3 marca, w ostatni piątek, które było bardzo długie, ciężkie, często bardzo emocjonalne. Wierzmy, że wypracowane ustalenia przełożą się na rzeczywistość i naprawdę ten projekt ustawy o refundacji będzie dobry dla strony administracyjnej, dla pacjentów, a także dla przemysłu. I dlatego za to spotkanie 3 marca dziękuję.

Ale bezpieczeństwo lekowe to także zapewnienie przemysłowi farmaceutycznemu możliwości funkcjonowania w gospodarce. Dzisiaj przemysł farmaceutyczny w Polsce nie jest objęty ochroną przed wyłączeniem czy ograniczeniem dostaw energii. Należy też zwrócić uwagę na to, że taki przemysł, jak krajowy przemysł farmaceutyczny – nieważne, skąd pochodzi – jeżeli wytwarza w Polsce leki czy substancje czynne, to powinien taką ochroną być objęty. Chodzi o to, aby nie powodować i nie generować kolejnych braków na rynku. Poza tym chociażby wyjątki z powszechnej mobilizacji...

Także chciałbym zwrócić uwagę, że dobrze, że wzrastają koszty i wydatki na programy zdrowotne – w nich jest 211 tysięcy pacjentów i nie będzie więcej – ale pozostaje jeszcze kategoria apteczna, w której są miliony. Na to tutaj też warto wskazać. Bardzo dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, ma pan głos.

Właściwie przewijały się 2 pytania – a mianowicie o skrócenie czasu dostępności dla pacjenta w programach lekowych i o nierówność.

Proszę bardzo.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Dziękuję bardzo serdecznie.

W mojej wcześniejszej wypowiedzi wskazałem, że właściwie do większości dużych populacji zostały już zaadresowane programy lekowe. Teraz programów lekowych, które są nowe, których nie da się ze względów merytorycznych podciągnąć pod istniejące programy – te niewymagające już kontraktowania w żadnym zakresie, niewymagające tego czasu od momentu publikacji listy, czyli od wejścia w życie listy tych leków... Tych programów jest niezwykle mało i dotyczą chorych na choroby rzadkie bądź ultraradkie. Oczywiście jeśli chodzi o rzadkie choroby, to w ostatnim roku była to mukowiscydoza. I faktycznie od 1 marca – poza szpitalami, które już miały ten program lekowy zakontraktowany – to dotyczyło bardzo małej populacji. Miało być 10 pacjentów, a chyba w końcu było tylko 5 pacjentów z tą wyjątkową mutacją. I te szpitale od razu mogły to rozliczać, a pozostałe musiały zakontraktować i zrobić postępowanie przetargowe na zakup leków.

I tu też, czyli dla tych nowych programów dotyczących chorób ultraradkich, znowu jest pytanie o dostępność, pytanie, czy ta dostępność jest w Polsce.

My teraz cały czas procedujemy i realizujemy program na rzecz chorób rzadkich. Wskazujemy europejskie jednostki referencyjne, które w Polsce do tych sieci należą, a później kolejne. I te jednostki powinny realizować programy lekowe dotyczące tych schorzeń. Nie ma takiej sytuacji, że dla chorób ultraradkich potrzebujemy 16 szpitali czy więcej w Polsce. Często to są 2 czy 3 szpitale. W przypadku ostatniego programu onkologicznego, który został uruchomiony, eksperci na dzień dzisiejszy uzgodnili, że ten program

lekowy powinien być w 3 ośrodkach w Polsce. Tylko że to są bardzo, bardzo rzadkie przypadki, że pacjenci mogą być zakwalifikowani do ostatniej linii leczenia wielu schorzeń. I tak się dzieje, że nie we wszystkich oddziałach jest chęć zakontraktowania, bo głównym elementem nie jest tylko lek czy możliwość wydania leku, ale zdiagnozowanie pacjentów – to w tych ośrodkach właśnie ci pacjenci są wcześniej prowadzeni – prowadzenie ich i ta wiedza... W związku z tym kierunek często nie jest taki, żeby to było we wszystkich programach... Oczywiście w przypadku dużych staramy się, żeby była pełna dostępność. Tak jest w przypadku mukowiscydozy, tu chyba wszystkie województwa są zabezpieczone.

I też rozmawialiśmy tu wcześniej o tym, że staramy się jak najszybciej to robić, kontraktować przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Oczywiście nie jesteśmy w stanie zmienić procedury unijnej w zakresie zakupów w przetargach publicznych. Tam są jasno określone terminy. Bo bardzo często to są wartości, które wymagają już przetargów unijnych. Nawet jak jest 1 pacjent czy 2 pacjentów, to wartość jest już tak duża. A w związku z tym są problemy po 2 stronach. Przede wszystkim Narodowy Fundusz Zdrowia musi dać obwieszczenie o nowym programie lekowym, żeby dokonać konsultacji. Te konsultacje są wymagane. Chodzi o to, żeby one się faktycznie odbyły, żeby jeszcze jakieś błędy... A później następuje proces kontraktowania. I tu też jest tak, że to kontraktowanie nie może być, że tak powiem, spod palca.

Jest z nami pani dyrektor, która właśnie za to odpowiada, jednak mieliśmy problemy techniczne i pani dyrektor nie została zgłoszona – najważniejsza osoba, która jest tutaj potrzebna... Ale ja jeszcze będę kontynuował, zanim pani dyrektor się nie rozezna...

Tak że tu jest kolejny element.

A następny element jest taki, że ci pacjenci muszą zostać zdiagnozowani. Często jest tak, że my mamy programy lekowe i mamy rok czasu, ale nie mamy żadnego pacjenta, bo trudno jest tego pacjenta znaleźć. Nawet mieliśmy takie programy lekowe, że firmy się zgłaszały, a my nie mieliśmy ekspertów w tym zakresie, którzy by nam zaopiniowali program lekowy. Mieliśmy też takie programy lekowe, że gdy eksperci pytali ośrodki, te mówiły, że nie potrzebują takiej terapii, ponieważ takiego pacjenta jeszcze u nich nie zdiagnozowano.

Program jest i wiem, że się rozwija. Jest niewiele pacjentów, ale mówimy o chorobach ultrarzadkich, o pacjentach z poszczególnymi genami. A w związku z tym tak to wygląda.

Kiedyś proponowaliśmy takie rozwiązanie, żeby ewentualnie ogłaszać decyzje co do tych nowych jednostek chorobowych, żeby NFZ mógł się przygotować, szpitale. Czyli np. teraz ogłaszać listę na 1 maja z mocą obowiązującą od 1 listopada, żeby dać czas, żeby dać wszystkim możliwość zakontraktowania. Ale tu też w większości przypadków nie było chęci, żeby tak wydłużać okres możliwości przyjęcia. Bo być może niektóre ośrodki czy niektóre oddziały są w stanie szybciej to zadekretować.

Oczywiście będziemy rozmawiali na posiedzeniu komisji sejmowej w sprawie ustawy i ewentualnie możemy przyjąć też taką propozycję, że obwieszczamy to z mocą na dzień za pół roku. I wtedy będziemy mieli szybszą decyzję i krótszy czas obowiązywania o pół roku. Bo jak teraz mamy pierwszą decyzję sprzed 2 lat, to wówczas ta decyzja byłaby skrócona realnie do półtora roku.

Pytanie pana Wojciecha à propos różnych cen świadczeń, np. podania leku, w katalogu chemioterapii i w programach lekowych. W tym zakresie chcieliśmy zrobić porządki – pani dyrektor słucha – od 1 lipca, w ramach zmian związanych z ustawą o minimalnym wynagrodzeniu, żeby ujednoczyć ceny. To znaczy w ubiegłym roku staraliśmy się ujednoczyć ceny wszystkich produktów – tam szósty decyl był brany pod uwagę. Teraz też rozmawialiśmy o tym, żeby w zakresie programów lekowych i chemioterapii ten katalog świadczeń został jeszcze raz przeanalizowany, bo część świadczeń była też w ryczałcie – została jak gdyby automatycznie dołączona – i tam były określone ceny. Później, przez te 4 lata, wiele szpitali przystąpiło do nowych programów, bo one weszły i były już kontraktowane jako dodatkowe zakresy. Tak więc gwarantuję, że to najpóźniej 1 lipca zostanie uchwalone.

I chemioterapia... Staramy się, żeby chemioterapia była jak najbliżej, żeby jak najwięcej... Katalog chemioterapii jest inaczej kontraktowany. Tu właściwie wszystkie szpitale, które potrzebują, mają... Mamy oczywiście jeden duży problem. I też najprawdopodobniej będzie jeszcze jakaś poprawka w zakresie rozszerzenia katalogu chemioterapii jako katalogu nazwanego w inny sposób – katalogu świadczeń produktów

lecniczych wydawanych pacjentowi czy podawanych pacjentowi, bo one czasami są podawane w szpitalu, a czasami są wydawane.

I oczywiście też będziemy się starali cały czas. Tak jak państwo wiedzą, gdy nam eksperci z onkologii wspomnieli, że właściwie widzą, że w przypadku jednego czy może 2 programów lekowych jest wymagane podanie w warunkach szpitalnych – założmy, właśnie w SMA nie ma możliwości innego podania, bo to jest poważny zabieg w trybie ambulatoryjnym – to właściwie zdecydowana większość programów lekowych i chemioterapii może być rozliczona w trybie ambulatoryjnym. I oczywiście ten tryb staramy się i będziemy się starali wzmacniać po to, żeby nie trzeba było ponosić zbyt dużych kosztów na przygotowanie dokumentacji medycznej pacjenta, żeby koszt po stronie szpitala był jak najmniejszy, żeby na tych świadczeniach podmioty mogły zarobić. Bardzo często oczywiście ten tryb ambulatoryjny jest powiązany z tym, że to są poradnie przyszpitalne. Tam pacjenta można zakwalifikować, można pacjenta prowadzić w trybie szpitalnym – czasami czy to operację, czy kontynuację leczenia... W związku z tym poradnie przyszpitalne są przez nas bardzo mocno wykorzystywane w programach lekowych.

I też chcieliśmy często, żeby tych ośrodków nie było za wiele, bo jest wymagane doświadczenie. Mieliśmy ostatnio taki przypadek migreny przewlekłej... Nie chcieliśmy, żeby każdy gabinet kosmetyczny kontraktował program lekowy. Tam wstrzykuje się toksynę botulinową, ale to nie jest ten cel i ten zamiar. Chcieliśmy, żeby to były ośrodki, które już mają doświadczenie w tym zakresie.

Jest pani dyrektor, więc może jej jeszcze oddałbym głos, bo były pytania o wydłużający się czas do kontraktowania i o nierówności w dostępie. To się przewijało w większości wypowiedzi. Ja próbowałem odpowiedzieć, ale pani dyrektor na pewno jest lepsza.

DYREKTOR DEPARTAMENTU
GOSPODARKI LEKAMI W CENTRALI
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
IWONA KASPRZAK

Dzień dobry.

Bardzo przepraszam za spóźnienie, ale, niestety, był jakiś problem z dostępem w biurze przepustek.

Tak, oczywiście. Jeśli chodzi o dostęp do nowych programów lekowych, to Narodowy Fundusz Zdrowia rzeczywiście monitoruje sytuację i też ma informacje o tym, że kontraktowanie tych programów lekowych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich przebiega według różnego harmonogramu. Mamy sygnały ze strony pacjentów, jak też ze strony ośrodków, że przez poszczególne oddziały wojewódzkie umowy zawierane są w różnym terminie i że ten dostęp pomiędzy poszczególnymi regionami Polski się różni. Bardzo baczmy na tę sytuację i w tym roku, 2023 r. przyjęliśmy takie założenie, że jest to jeden z celów naszego planu pracy. Na bieżąco analizujemy sytuację i staramy się maksymalnie skrócić czas od momentu, kiedy jest możliwość przeprowadzenia postępowania konkursowego, do momentu zawarcia umowy, czyli takiego już rzeczywistego dostępu pacjentów do danej terapii. Prawdopodobnie te kłopoty, o których teraz mówię, w zeszłym roku np. były spowodowane ograniczeniem środków finansowych w niektórych oddziałach wojewódzkich, ale, tak jak mówię, po zgłoszeniach ten problem jest w centrum naszego zainteresowania. Staramy się doprowadzić do takiej sytuacji, żeby te umowy zawierane były w jak najkrótszym możliwym czasie, ponieważ wiąże się to, jak wiadomo, z migracjami pacjentów po różnych województwach. Próbują oni dostępu do nowoczesnego leczenia w innych ośrodkach niż te najbliższe ich miejsca zamieszkania.

Tak że, tak jak powiedziałam, na pewno korzystną sytuacją jest rozbudowanie dotychczasowych programów lekowych o nowe cząsteczki. Bo tutaj zasadniczo dostęp pacjentów do leczenia jest właściwie od dnia obowiązywania decyzji o objęciu refundacją, czyli od dnia wejścia w życie obwieszczenia ministra zdrowia. Czasem tu też pojawiają się wątpliwości, czy aby na pewno szpital może już taki przetarg ogłosić i zastosować to leczenie, jeśli np. pewne techniczne rozwiązania jeszcze nie zostały zastosowane czy nie weszła w życie umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia, która pozwala zaktualizować te produkty rozliczeniowe w danej jednostce. Ale tutaj staramy się współpracować z jednostkami i wyjaśniać im na bieżąco, że modyfikacja tych czynników technicznych jest wtórna i że pacjenci np. od 1 listopada czy od 1 stycznia mogą już spokojnie z terapii, które zostały dodane do już istniejących programów lekowych, korzystać

bez żadnych przeszkód. Szpital może nawet nieco wcześniej ogłosić postępowanie przetargowe, ponieważ leki, jak wiadomo, na obwieszczeniu są ogłaszane tydzień czy półtora tygodnia przed terminem wejścia w życie obwieszczenia ministra zdrowia. A więc te działania mogą być już nieco wcześniej podejmowane przez jednostki. To jest jeszcze taki sygnał, który też kierujemy do ośrodków, że właściwie już mogą od dnia, kiedy decyzja zaczyna obowiązywać, kwalifikować pacjentów do tej terapii.

Z tymi nierównościami w dostępie i z pewnymi problemami pacjentów, jeśli chodzi o włączanie ich do terapii, to, powiem szczerze, jest tak, że to są sytuacje, które też diagnozujemy. Nie zawsze to są sytuacje związane z finansami, jakie jednostki mają zapisane w umowach. Czasami to są sytuacje związane po prostu z organizacją udzielania świadczeń w danej jednostce i z pewnego rodzaju konkurencją pomiędzy zakresami świadczeń, które dany szpital realizuje. Dla przykładu podałybyśmy neurologię, bo tutaj mamy z taką sytuacją do czynienia, że liczba tych specjalistów, którzy realizują świadczenia neurologiczne, jest jednak ograniczona, więc program lekowy jest często realizowany w miejscu, gdzie prowadzi się też innego rodzaju leczenie, gdzie są realizowane innego rodzaju zabiegi. I czasami on konkuruje w pewnym sensie z innymi świadczeniami. To też wpływa czasem na przesunięcie tego pacjenta w kolejce w pewnym sensie, jeśli chodzi o włączenie do danej terapii, tak? Mamy też takie sygnały od pacjentów, że pomimo spełnienia kryteriów i zakwalifikowania do leczenia termin pierwszej wizyty jest nieco przesuwany w czasie i wyznaczany z jakimś tam opóźnieniem. Na takie sygnały też staramy się na bieżąco reagować i wyjaśniać je z ośrodkami. Niestety, czasami otrzymujemy odpowiedź z ośrodka, że to jest decyzja lekarska, że termin został z pacjentem uzgodniony, że pacjent został poinformowany. I szpital jakby ignoruje nasze sygnały w tym zakresie, że jednak pacjent mógłby być włączony np., nie wiem, miesiąc wcześniej do leczenia – dla przykładu podam taką sytuację.

Mówił pan minister – ja to słyszałam, więc prawdopodobnie takie pytanie też padło – o niejednorodności wyceny świadczeń podstawowych w chemioterapii i w programach lekowych. Tutaj chciałabym zwrócić uwagę na to,

że świadczenia w zakresie chemioterapii były taryfikowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji jakiś czas temu. Te wyceny zostały ustalone przez agencję. Jeśli chodzi o programy lekowe, to one nie były poddawane takiej taryfikacji. Z tego, co tutaj pan minister deklarował przed chwilą, jak słyszałam, wynika, że prawdopodobnie takie prace będą podjęte i te programy będą taryfikowane. A więc pewnie będzie już można mówić o tym, żeby te koszty rzeczywiście były urealnione i miały taki poziom, który spowoduje, że świadczeniodawcy nie będą narzekali na swoją sytuację finansową z tytułu tych produktów, bo one są w ich ocenie niedoszacowane. Czyli w tym zakresie, mam nadzieję, w najbliższym czasie jakieś działania będą podjęte. Bo my w tej chwili w swoich kompetencjach nie mamy taryfikowania tych świadczeń w inny sposób, niż ten, który jest obecnie. Były wdrożone pewne mechanizmy, które wprowadziły wskaźniki, i ta wycena punktu została zwiększona, co rzeczywiście przełożyło się na zwiększenie finansowania, aczkolwiek co do samych taryf to fundusz nie ma kompetencji do tego, żeby ustalać ich wysokość.

Czy ja jeszcze o czymś... Nie wiem, czy coś jeszcze ewentualnie z pytań... Jeśli się pojawia, to ja bardzo chętnie spróbuję odpowiedzieć. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA BEATA MAŁECKA-LIBERA

Jest jeszcze jedno pytanie.

Ale z tego, co tutaj słyszę, rozumiem, że zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia monitorują to i mają świadomość ewentualnej poprawy.

I tak naprawdę mój wniosek na podstawie tego, co tutaj pan minister i pani dyrektor powiedzieli, jest taki, że za pół roku czy za rok, kiedy wrócimy do tego tematu, jak rozumiem, sytuacja będzie zupełnie inna. Okres do momentu otrzymania leku powinien ulec skróceniu – przynajmniej takie mamy nadzieje po tej wypowiedzi, że będziecie państwo robić wszystko, żeby to monitorować i ten proces skracać.

Tam jest jedno pytanie i jest pytanie pani senator. To może najpierw pani senator, dobrze?

Proszę bardzo.

**SENATOR
EWA MATECKA**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.
Panie Ministrze!

Powiedział pan o tym, że spadają nakłady na chemioterapię i że to jest wynik taniejących leków onkologicznych i terapii onkologicznych. Ja tego tak nie odczytuję. To nie jest dobra wiadomość dla osób chorych na nowotwory. I nie powiedział pan, co w zamian. Czy wobec tego, jeżeli dostajecie tańsze leki do terapii nowotworowych, w szczególności do chemioterapii, to w ślad za tym idzie przekazywanie środków na inne, innowacyjne terapie? I to w takim stopniu, żeby kolejka osób oczekujących na chemioterapię w różnych ośrodkach, które świadczą tego typu usługi, była mniejsza.

Nikt nie jest sobie w stanie wyobrazić sytuacji osoby chorej na nowotwór, czekającej na korytarzu szpitala, aż zwolni się łóżko innej osoby, która właśnie jest po podaniu chemii, aby móc zająć to łóżko.

Tak więc to chyba nie jest dobra wiadomość dla osób chorych na nowotwory, bo skoro są przeznaczone pewne pieniądze w budżecie na chemioterapię, a okazuje się, że można ich przeznaczyć mniej, to wobec tego okej, ale trzeba zwiększyć liczbę świadczeń – jeżeli jesteśmy w stanie oszczędzić wskutek mniejszych kosztów leków podawanych w kroplówkach w chemioterapii. Tak więc to nie jest dobra wiadomość dla chorych, bo w ślad za tym nie idzie zwiększenie dostępu dla osób chorych na nowotwory do tych świadczeń, mało tego, wcale nie spada umieralność chorych na nowotwory.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Dziękuję.

To o tym mówiłem wcześniej, czyli że faktycznie w katalogu chemioterapii wartość nie wzrasta. A to dlatego że mamy coraz nowocześniejsze leki, które są w programach lekowych. Standardowe leczenie w chemioterapii już teraz nie jest podstawą leczenia, głównie są nowsze terapie, które są wykorzystywane w programach lekowych.

I też mówiłem wcześniej o tym, że w zakresie chemioterapii, czy programów lekowych

Narodowy Fundusz Zdrowia nie limituje, nie kolejkuje pacjentów. Wyjątkiem są sytuacje, kiedy są nowe, duże programy lekowe. Wtedy kolejkuje pacjentów podmioty lecznicze, które nie mogą w jednym miesiącu przyjąć pacjentów i sobie rozkładają to na 6 czy 9 miesięcy. Ale to dotyczy terapii przewlekłych. Jak wiadomo, nie dotyczy to onkologii czy hematologii, bo tam pacjenci dostają zgodnie z zapotrzebowaniem. I akurat w programach lekowych nie ma miejsca taka sytuacja, że są 9 – czy 12-miesięczne kolejki oczekujących na rozpoczęcie leczenia, nie wiem, raka płuca, bo wtedy nie miałoby to sensu. Tak że tak nie jest.

**SENATOR
EWA MATECKA**

Ja mam inne obserwacje, Panie Ministrze.

Ale proszę mi powiedzieć, czy macie państwo opracowaną skalę potrzeb pacjentów, którzy chorują na nowotwory, mają postawioną diagnozę i wobec nich ma być zastosowana terapia – chemioterapia czy inna terapia innowacyjna. Jak to się ma do skali rzeczywistych potrzeb?

Nie odpowiedział mi pan też na pytanie, czy w ślad za obniżającymi się nakładami na chemioterapię, są znacznie podnoszone nakłady na inne terapie, innowacyjne terapie onkologiczne.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Ja wcześniej powiedziałem, że nastąpił wzrost z 2 miliardów do 8,5 miliarda, to jest ponad 4-krotnie. To jest bardzo dużo przy dużym budżecie, tym samym budżecie w wysokości 700 milionów na chemioterapię. I to jest odpowiedź: te środki są przeznaczane. I to oczywiście jeszcze więcej środków, ponieważ budżet Narodowego Funduszu Zdrowia wzrasta.

A drugie pytanie...

(*Senator Ewa Matecka*: Pytanie dotyczyło tego, czy jest opracowana taka mapa potrzeb i w jakim stopniu ta skala środków w budżecie na chemioterapię i terapie innowacyjne jest wystarczająca?)

Na to pytanie powiem, że procedura udostępniania nowych leków zawiera w sobie całą

technologię szacowania budżetu na daną terapię. Ona jest uzgadniana pomiędzy firmą... To znaczy firma składa wnioski, w którym szacuje, w jakim zakresie ilu pacjentów będzie potrzebowało tej terapii, a Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji to w swojej analizie weryfikacyjnej sprawdza. I w dokumentach, które są publikowane, w opinii prezesa na temat danych technologii zawsze jest podawane, jakiej populacji pacjentów to dotyczy, w pierwszym, w drugim, w trzecim roku... Jak widzimy, w zależności od typu terapii, dochodzenie do docelowej liczby pacjentów w Polsce często następuje w czasie do 4 lat. Czyli lekarze się uczą, lekarze wprowadzają te terapie. I to jest tak, że często okres kontynuacji tych leków jest właśnie 4 – czy 5-letni. Dlatego liczba pacjentów leczonych daną terapią narasta, ale w pewnym momencie ona już pozostaje stała. Różnica jest tylko taka, jak szybko docelowa liczba pacjentów w Polsce jest tym objęta. I za każdym razem... Nikt nigdy nie trafił co do sztuki. Widzimy, że czasami jest to szybciej... Przy mukowiscydozie np. widzieliśmy, że początek był zdecydowanie wolniejszy, ale na koniec pierwszego roku przekroczono założenia firmy i ten wzrost w drugiej połowie roku był szybszy, niż został zaplanowany.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.
Jeszcze pan Jacek Graliński prosił o głos.
Proszę.

**PRZEWODNICZĄCY
KOMITETU FARMACEUTYCZNEGO
AMERYKAŃSKIEJ IZBY HANDLOWEJ
JACEK GRALIŃSKI**

Bardzo dziękuję.
Ja chciałbym doprecyzować jedną rzecz. Pan minister był łaskaw powiedzieć o tym, że rozwiązaniem kwestii opóźnienia dostępu do programów lekowych po decyzji administracyjnej byłoby przedłużenie, takie *vacatio legis*. Wydaje się, że to jednak nie jest dobre rozwiązanie – co chciałbym tu mocno podkreślić – z tego względu, że jednak dostępność świadczenia jest gwarantowana. To oznacza, że z chwilą

obwieszczenia to świadczenie jest gwarantowane. Apelowalibyśmy o poszukiwanie rozwiązań, które jednak skracają ten czas. Tutaj optymizmem napawa to, co powiedziała pani dyrektor. Ja chciałbym tylko przypomnieć, że jest sekwencja zdarzeń, które po sobie następują, to jest: zarządzenie dyrektora, przygotowanie słowników, przygotowanie SMPT, rozpoczęcie kontraktowania i cały proces, który wiąże się z zakupem leku przez szpital. I tutaj jest apel o to, żeby albo podjąć takie działania, w wyniku których tego rodzaju etapy będą prowadzone równoległe, albo poszukać rozwiązań, które będą zgodne z prawem, ale też np. dadzą szpitalowi możliwość stosowania terapii z chwilą obwieszczenia. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.
Proszę bardzo, jeszcze jeden głos.

**EKSPERT FEDERACJI
PRZEDSIĘBIORCÓW POLSKICH
DO SPRAW OCHRONY ZDROWIA
WOJCIECH WIŚNIEWSKI**

Pięknie dziękuję.
Chciałbym tylko dopytać, czy w takim razie zmiana wycen tych kategorii świadczeń, o których był uprzejmy powiedzieć pan minister, jest elementem zlecenia dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, związanego z retaryfikacją świadczeń na dzień 1 lipca. Czy to jest zawarte w tym dokumencie przesłanym do agencji?

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Tak, jako inne rzeczy, które są niezbędne do wykonania. Tam jak gdyby jest otwarty katalog takich rzeczy najbardziej pilnych, potrzebnych do tego, żeby od 1 lipca właśnie ujednoczyć taryfy. Bo, jak mówię, to na 2 lata sobie założyliśmy, nie udało się wszystkiego zrobić w ubiegłym roku.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Czy pan minister odniesie się jeszcze do poprzedniego głosu, czy zostawiamy go w zawieszeniu?

PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI

Jeśli zostanie zgłoszona propozycja, to ją przeanalizujemy. Teraz mamy na tapecie ustawę refundacyjną.

Poza tym oczywiście, jak mówię, rozwiązanie jest proste – vacatio legis i za pół roku jest to świadczenie gwarantowane. I myślę, że to adresuje bardzo dobrze... Chodzi o to, żeby wszyscy mieli równy dostęp do każdego miejsca w Polsce. Wtedy NFZ spokojnie zakontraktuje świadczenia, bo szpital realizuje świadczenia na podstawie umowy.

My nie możemy zmienić tego, że każdy szpital w Polsce czy każdy podmiot leczniczy, czy każda indywidualna praktyka pielęgniarska mogą realizować świadczenia w nowych programach lekowych, które jeszcze nie zostały zakontraktowane, mając nadzieję, że spełnią kryteria, chociaż jeszcze ich nie znają.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Czy są jakieś pytania? Nie ma.

Panie Ministrze, ja mam, nieco inne pytanie, ale chciałabym skorzystać z okazji, że pan jest, i je zadać.

Kiedy usłyszymy jakąkolwiek informację na temat kolejnej dawki szczepień przeciw COVID i w ogóle jak wygląda sytuacja? Nie chcę oczywiście, żeby pan mówił tutaj wiele na ten temat, bo zapewne nie jest pan przygotowany – i ja to rozumiem. Ale czy kwestia doszczepienia jest tematem rozmów w ministerstwie? I kiedy społeczeństwo cokolwiek o tym będzie wiedziało?

PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI

Europejska Agencja Leków nie dała jasnych wytycznych, a w związku z tym na dzień dzisiejszy takich informacji nie ma i my na dzień dzisiejszy nie przedstawiamy takich informacji.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Czy są jeszcze jakieś pytania?

Dziękuję bardzo.

Dziękuję państwu za obecność.

Zamykam posiedzenie Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 12 minut 35)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy