



SENAT
RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ

X kadencja

Zapis stenograficzny

z posiedzenia
Komisji Zdrowia (6o.)

3 sierpnia 2021 r.

Porządek obrad:

1. Bezpieczeństwo lekowe w świetle nowelizacji ustawy refundacyjnej.
2. Omówienie możliwości wdrożenia opieki farmaceutycznej w aptekach.

(Początek posiedzenia o godzinie 9 minut 03)

*(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca
Beata Małecka-Libera)*

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dzień dobry, witam wszystkich bardzo serdecznie na posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia.

Kolejny raz jest to posiedzenie hybrydowe. Część osób jest z nami rzeczywiście na sali, a część będzie uczestniczyć zdalnie.

Bardzo dziękuję wszystkim gościom za przybycie, za zainteresowanie tematem.

Dzisiejsze posiedzenie Komisji Zdrowia ma właściwie na celu pozyskanie wiadomości, przede wszystkim ze strony Ministerstwa Zdrowia. Kwestie te bardzo często są w Komisji Zdrowia omawiane, zwykle przy okazji jakiejś ustawy, ewentualnie w związku z jakimś innym tematem. Jako sprawy poboczne, wtórne wymienia się bezpieczeństwo lekowe, zaopatrzenie pacjentów w leki czy też pomysł, który od pewnego czasu jest już dość powszechnie podnoszony, a mianowicie wzmożenie opieki farmaceutycznej. Dzisiaj chcemy ten temat omówić bardziej szczegółowo. Komisja zebrała się po to, aby zasięgnąć informacji, informacji nie tylko ze strony ministra zdrowia. Interesuje nas, jakie pomysły ma Ministerstwo Zdrowia w momencie, kiedy jest prowadzona gorąca dyskusja – nie ukrywam, że wiele na ten temat słyszę – o projekcie noweli ustawy refundacyjnej. Ale jest to także dobry moment, dobry czas, ażeby na spokojnie – na stole nie ma jeszcze gotowego projektu – porozmawiać o tym, co należy zmienić w tej ustawie. To budzi dość duże zainteresowanie, są nawet zgłaszane zdania odrębne w kwestii wielu zapisów.

Jest kwestia ustawy refundacyjnej, ale jest także raport przygotowany przez środowisko farmaceutów, raport poświęcony opiece farmaceutycznej, raport z kompleksową analizą procesu wdrożenia tej opieki. Ja ten raport przejrzałam, niektóre fragmenty przeczytałam bardzo wnikliwie, no i przypomniałam sobie, że wielokrotnie rozmawialiśmy tutaj, w Senacie, na temat poszerzenia opieki farmaceutycznej. Rozmawialiśmy o tym przy okazji nowelizacji ustawy, rozmawialiśmy o tym w momencie, kiedy powstawała nowa ustawa dotycząca farmaceutów, rozmawialiśmy o tym w przypadku szczepień na COVID, ale to były takie rozmowy, w których te tematy pojawiały się w sposób wyrwykowy. Mam nadzieję, że dzisiaj porozmawiamy na ten temat bardziej kompleksowo, tym bardziej że wyzwania, jakie istnieją w kwestii kadry medycznej, zapewnienia personelu medycznego i ochrony zdrowia... To jest związane nie tylko z epidemią COVID i ze zbliżającą się czwartą falą tejże epidemii. Problem kadr jest w tej chwili jednym z najważniejszych problemów, jakie są podnoszone w dyskusji o zagadnieniach ochrony zdrowia. Dlatego też warto zastanowić się nad poszerzeniem zakresu tych kompetencji. W mojej ocenie warto ten temat przedyskutować i zacząć wdrażać te kwestie w życie. W związku z tym dzisiejsze posiedzenie komisji ma na celu poszerzenie naszej wiedzy, wysłuchanie stanowisk zarówno branży farmaceutycznej, farmaceutów i aptekarzy, jak i ministra zdrowia.

Pan minister jest z nami dzisiaj zdalnie. Jest na urlopie, ale rozmawialiśmy i ustaliliśmy, że będzie tutaj z nami online. Bardzo dziękuję, Panie Ministrze, za to, że w dniu dzisiejszym przerwał pan ten urlop i jest z nami.

Witam wszystkich państwa, którzy tutaj są. Lista jest dosyć długa, a więc pozwólcie, że nie będę w tej chwili wymieniała wszystkich

z imienia i z nazwiska. Oczywiście witam także senatorów Komisji Zdrowia.

Prośba jest następująca: jak będziecie państwo zabierać głos, przedstawiajcie się do mikrofonu. Wszystko jest nagrywane, to zdecydowanie ułatwi nam sprawę.

Zaczynamy od pierwszej kwestii, czyli od bezpieczeństwa lekowego w świetle nowelizacji ustawy refundacyjnej. Wątek pojawi się zapewne wiele, bo nowela ustawy refundacyjnej to sprawa, która w tej chwili jest w toku konsultacji społecznych. My wiemy o tym, że takiego druku nie ma jeszcze w parlamencie, ale temat jest bardzo gorący. Bardzo dużo osób do nas pisze, pyta o to, w związku z tym warto na ten temat porozmawiać, zanim ten projekt znajdzie się u nas jako akt ustawowy. Ale to nie jest tylko kwestia ustawy refundacyjnej, bezpieczeństwo lekowe jest szerokim tematem. Wielokrotnie rozmawialiśmy także o wsparciu krajowego rynku farmaceutycznego. Myślę, że wypłynie też kwestia finansowania ze środków unijnych, które mają być w części przeznaczone na rozwój przemysłu farmaceutycznego w Polsce. A więc tych wątków jest wiele. Ja za chwilę oddam państwu głos i będziemy się wsłuchiwać w te wszystkie wypowiedzi.

Myślę, że jako pierwszemu udzielę głosu panu ministrowi, który wprowadzi nas w meandry zmian, jakie państwo proponujecie w nowelizacji ustawy. Ale prosiłabym także, żeby pan minister odniósł się do kwestii bezpieczeństwa lekowego w ogóle, do kwestii zabezpieczenia dostępności leków dla pacjentów, także w czasie epidemii, w trakcie tej czwartej fali, do której chyba niestety nieuchronnie się zbliżamy.

Bardzo proszę, Panie Ministrze. Oddaję panu głos.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Pani Przewodnicząca, bardzo serdecznie dziękuję za głos i za tę dzisiejszą debatę. Tak jak pani powiedziała, odbywa się ona jeszcze przed przekazaniem projektu do Sejmu. Jesteśmy dopiero na początku tej drogi.

Na wstępie chciałbym powiedzieć właśnie o tym, jak planujemy harmonogram prac w tym zakresie. Na początku, 30 czerwca,

przedstawiliśmy projekt do konsultacji publicznych zaplanowanych na 30 dni, ale dostaliśmy od razu dużo uwag, że projekt obejmuje bardzo szeroki zakres zmian, że jest okres wakacyjny i że trzeba się do tego projektu poważnie przyłożyć. Wydłużyliśmy więc okres przekazywania uwag o kolejne 30 dni, czyli do 2 miesięcy okresu wakacyjnego. Do końca sierpnia czekamy na te uwagi.

Ponadto w tym okresie spotkaliśmy się już kilkakrotnie z różnymi interesariuszami. Na początku spotkaliśmy się z branżą farmaceutyczną, z przedstawicielami izb gospodarczych, z przedstawicielami branży producentów i dystrybutorów leków. Żeby omówić ten temat, spotkaliśmy się także ze środowiskami pacjenckimi, jak również byliśmy na spotkaniu w komisji sejmowej. No, tam też na ten temat rozmawialiśmy.

Tak jak pani przewodnicząca powiedziała, temat jest bardzo gorący. Jest to jedna z najistotniejszych ustaw poprzedniego rządu. Ustawa refundacyjna zmieniła bardzo mocno system finansowania leków, a my wszyscy uważamy, że to były bardzo dobre zmiany, w szczególności jeśli chodzi o zmniejszenie kosztów i umożliwienie znaczącego finansowania leków innowacyjnych. No, to się stało w ostatnich latach. Dzięki tej właśnie ustawie można było finansować znacząco większą liczbę leków innowacyjnych, w szczególności w programach lekowych.

Po zebraniu tych uwag formalnych 30 sierpnia przystąpimy do ich analizy, do wprowadzania zmian do projektu. Będziemy chcieli spotykać się z przedstawicielami poszczególnych dziedzin, z poszczególnymi interesariuszami, tak żeby uzgodnić ostateczne zmiany. Kiedy te zmiany zostaną przedstawione, będziemy mogli pójść dalej z procesem legislacyjnym. Ponieważ ustawa jest duża, planujemy kilka takich spotkań. Myślę, że potrzeba ich co najmniej 5, żeby omówić cały ten temat. Planujemy przekazać to później do komitetu stałego. Tak że bylibyśmy w stanie przekazać to do Sejmu najwcześniej na początku przyszłego roku. No, musimy pilnie się z tym zmierzyć.

Co planujemy w tej ustawie zmienić? Nad jakimi elementami chcielibyśmy pracować? No, ważne jest jeszcze to, że ustawa weszła w 2012 r. i właściwie do dziś – poza minimalnymi, drobnymi zmianami – nie doczekała się nowelizacji. A ta nowelizacja była planowana od razu, na samym początku. Kilka kwestii chciano poprawić

od samego początku, już w 2013 r., ale do tej pory jeszcze się to nie udało.

Ustawa zawiera wiele elementów. Rozmawialiśmy o tym, że wiele z tych elementów to elementy techniczne, takie upraszczające, ujednolicające kwestie, z którymi do tej pory mieliśmy w tej ustawie do czynienia. Weźmy chociażby taki podstawowy element jak to, że minister wydaje decyzję pozytywną. Tu właściwie nie ma mowy o tym, że minister ma prawo wydać decyzję negatywną, czyli cały proces jest ukierunkowany wyłącznie na decyzje pozytywne. Nie jest to jasno dookreślone. Wiele elementów dotyczy negocjacji, wydawania decyzji, zmiany podmiotu odpowiedzialnego. Widzimy, że jest wiele takich spraw, które powinny lepiej funkcjonować. Tu powinno być więcej czasu na pracę nad sprawami merytorycznymi, a nie nad sprawami technicznymi.

Oczywiście przepisy dotyczące bezpieczeństwa lekowego w Polsce też zostały tutaj uwzględnione. Jest sporo przepisów, które są związane z dobrem pacjentów, a ich ujednoczenie umożliwi finansowanie większej liczby leków.

Jeśli chodzi o sprawy konkretne, to planujemy pozostawienie całkowitego budżetu na refundację, tak jak było do tej pory. Czyli to będzie nie więcej niż 17% planu finansowego funduszu na świadczenia zdrowotne, tylko że z doprecyzowaniem, że te środki finansowe na fundusz refundacyjny... Tu chodzi o wszystkie środki finansowe, które są związane z lekami, o wszelkie środki wpływające z instrumentów dzielenia ryzyka. No, to jest główny element, te środki aktualnie wpływają corocznie. Mamy wiele umów – w szczególności dotyczy to programów lekowych, ale czasami również aptek – które zmniejszają koszty funduszu. Świadczeniodawcy i podmioty odpowiedzialne wpłacają tutaj środki finansowe. Ale dodatkowo podam też informację, że wszelkie środki finansowe, które będą wprowadzane z paybacku, również zasilą ten fundusz refundacyjny. Jeśli chodzi o wszelkie opłaty i kary, to również jest to jasno dookreślone. Ten fundusz jest zasilany z dodatkowych środków, związanych głównie z podmiotami odpowiedzialnymi, czyli z tymi instrumentami, które są dodawane do decyzji refundacyjnych.

No i jeszcze planujemy, że nie będziemy wydawali rozporządzeń ministra zdrowia w sprawie zwiększenia budżetu refundacyjnego, ponieważ Narodowy Fundusz Zdrowia ustala to

samodzielnie. Jak ma możliwość zwiększenia finansowania, to wówczas dajemy takie rozporządzenie. Do tej pory było ono wydawane dwukrotnie, każdego roku. Jest to związane z bieżącym zwiększeniem przychodów w trakcie roku. Robi się to na zamknięcie roku czy przed końcem roku, tak żeby ujednoczyć możliwości zapłaty za świadczenia wykonane ponad limit, czyli głównie w programach lekowych, bo w aptekach tego nie ma. Dookreśliliśmy tutaj bardzo szczegółowo ustawowe zasady paybacku. Zostało dookreślone, że teraz będzie on rozliczany kwartalnie, że będzie rozliczał go prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Z tego paybacku będą mogły być zwolnione leki, które są produkowane w kraju. One nie będą uczestniczyły w paybacku.

No, jeśli chodzi o bezpieczeństwo – a przecież o tym mówimy – to planujemy, że leki, które są produkowane w Polsce, nie będą musiały podlegać kolejnym re negocjacjom, w zależności od tego, czy mieszczą się w widełkach. Jeśli się nie mieszczą, to są przeprowadzane normalne negocjacje, ale ich cena może pozostać wyższa. Żeby zmniejszyć tę dopłatę ze strony pacjentów, żeby pacjenci nie płacili tak dużo za leki droższe, proponujemy, że to Ministerstwo Zdrowia, płatnik, przejmie część finansowania, że 10% bądź 15% tych dodatkowych kosztów zostanie pokryte przez budżet państwa.

Dużo łatwiej będzie zarejestrować pierwsze decyzje na 3 lata bądź 5 lat, w zależności od tego, czy będziemy chcieli przejąć jakieś leki z zagranicy. Jest teraz sporo leków, których szukamy. Chcemy, żeby można było je produkować w Polsce. Te właśnie 5-letnie decyzje są po to, żeby ewentualnie zaprojektować... żeby móc później ściągnąć lek z zagranicy, żeby był on produkowany w Polsce, żeby liczba tych leków produkowanych w Polsce była większa.

I oczywiście zaproponowaliśmy jeszcze zmniejszenie kosztów na poziomie producentów, zmniejszenie kosztów w zakresie elementów, które Ministerstwo Zdrowia i agencja oceny technologii biorą pod uwagę przy procedowaniu wniosków refundacyjnych. No, o 50% zmniejszone zostały koszty analizy weryfikacyjnej. To jest ta najwyższa kwota. No i wspomnę również o ustalaniu urzędowych cen zbytu – 75% jednego odpowiednika. Branża tego oczekiwała. I jest też możliwość uwzględnienia na listach w pierwszej kolejności leków dla kobiet w ciąży i dla pacjentów 75+ czy 70+.

Jeśli chodzi o dostęp do leków, to tutaj w ostatnim okresie mieliśmy problemy z różnego typu lekami, z dostępnością różnego typu leków. Dostawaliśmy również bardzo dużo zgłoszeń o nierównym traktowaniu poszczególnych aptek przez sprzedawców hurtowych. Chcemy ten obszar ujednoczyć, tak żeby producent miał obowiązek posiadania określonych stanów magazynowych albo u siebie, albo w wybranych hurtowniach w całym łańcuchu dostaw. Chodzi o zapas na 3 miesiące, żeby nie było takich sytuacji, że jakaś apteka zgłasza wniosek o dostawę leków i spotyka się z odmową. A to jest bardzo częste, że producenci albo dystrybutorzy mówią, że te leki są zabezpieczone na poczet hurtowego obrotu w szpitalach. W związku z tym nie ma tu równości. Takie podmioty mają dużą siłę przetargową, no więc apteki nie mają możliwości łatwego kupowania tych leków. No i oczywiście mamy też często problemy o charakterze całościowym. Jeśli byłaby konieczność posiadania na stanie 3-miesięcznego zapasu tych leków... Jest to czas niezbędny do tego, żebyśmy mogli takie leki kupić za granicą, ściągnąć je. No, mamy dosyć dobrze zorganizowany import docelowy leków, a to by umożliwiło realizację bieżących potrzeb.

Jeśli chodzi o rozwiązania korzystne dla pacjentów i dla branży, to umożliwiliśmy też przedłużenie decyzji refundacyjnej w zakresie instrumentów dzielenia ryzyka na okres do 10 lat. Tutaj główna przyczyna jest taka, że w przypadku, gdy efekty danego leku... Jeżeli sprawdzenie efektywności klinicznej trwa dłużej niż 2 lata, trudno jest w tym zakresie uwzględnić instrument dzielenia ryzyka, częściowe płatności, płatności za efekt utrzymujący się. No, to na pewno byłoby korzystne i dla NFZ, i dla pacjentów, i dla podmiotów odpowiedzialnych. Rozdzielamy, rozkładamy to ryzyko.

Podwyższyliśmy wskaźnik kosztu uzyskania dodatkowego...

(Zakłócenia w trakcie wypowiedzi)

...Produktu krajowego brutto w przypadku leków sierocych, leków na choroby rzadkie, ultraradkie.

Uzgodniliśmy, że program lekowy nie będzie załącznikiem do ustawy, do decyzji administracyjnej. Mamy teraz dużo problemów. Dosyć często zmieniamy programy lekowe, ujednoczamy je, uzgadniamy z wytycznymi europejskimi, no i na każde słowo, na każdą korektę, musimy

mieć zgodę wszystkich podmiotów. A bardzo często się zdarza, że w tych programach lekowych są również podmioty odpowiedzialne za leki generyczne. Wówczas mamy do czynienia z 10–15 firmami, no i każda z tych firm musi się na taką zmianę zgodzić.

Tutaj uzgodniliśmy, że chcielibyśmy mieć możliwość dużo łatwiejszego wprowadzania leków o ugruntowanej skuteczności. To dotyczy leków starych, bardzo dobrych, skutecznych, w przypadku których nie ma uzasadnienia, aby robić analizę racjonalizacyjną, aby robić całą analizę HTA. Chcemy to wziąć na siebie, zajmie się tym Ministerstwo Zdrowia wraz z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. To działa tak jak w Funduszu Medycznym, na zaproszenie. Chodzi o to, żeby firmy mogły składać wnioski. Czyli przejmujemy całą tę część analityczną, ona będzie po naszej stronie.

Kolejny element, który tutaj został dookreślony, to zmniejszenie listy refundacyjnej do... To będzie się działo 4 razy w ciągu roku, czyli co 3 miesiące. W projekcie z 2012 r. zostało to określone na co 2 miesiące. No, był właśnie taki duży nacisk, że to jest zbyt rzadko, ale widzimy, że ten 3-miesięczny okres... I rozmawiamy też z aptekami. Chodzi o to, żeby tego nie przeszacowywać, żeby nie przeceniać tak często leków. Ten 3-miesięczny okres jest zupełnie wystarczający.

I w tym zakresie nowelizujemy również zapisy dotyczące importu docelowego. Pierwsza nowelizacja już została wdrożona. Ten proces zaczął działać 1 stycznia i teraz chcemy wprowadzić do niego kolejne funkcjonalności, tak żeby to wszystko można było rozliczyć elektronicznie.

Planujemy wprowadzenie maksymalnych cen w przypadku poszczególnych grup lekowych, do 150% podstawy limitu. Jak państwo wiecie, podstawa limitu to jest dopełnienie do 15% tego zakresu. Jeśli to są grupy wielocząsteczkowe, to inne substancje lekowe... No, 150% ceny dotyczyłoby tej innej substancji.

Oczekiwanie jest takie, żeby pacjenci nie dopłacali. Każda dopłata powyżej podstawy limitu obciąża w całości pacjenta. To jest oczywiście związane z tym, że proponujemy podniesienie kwoty ryczałtu z 3,20 zł do 5,60 zł i powiązanie tej kwoty z płacą minimalną. Chodzi o to, żeby większość zasad, które obowiązują w ustawie, była odniesiona do jakichś wskaźników, które mogą się zmieniać.

Dostajemy bardzo dużo głosów od pacjentów, że nastąpił bardzo istotny wzrost kosztów. My oczywiście to widzimy i będziemy to analizować. Ale z drugiej strony zupełnie inne są oczekiwania branży lekowej. Przy każdych negocjacjach słyszymy, że jak leki są po 20 zł, to pacjent ma takie oczekiwania, że...

(Zakłócenia w trakcie wypowiedzi)

...3,20 zł, to płacąc kilkanaście złotych... No, spokojnie może dopłacić do każdego leku. I każdy producent tak właśnie zaczyna rozmowę. To nie ma żadnego znaczenia dla pacjenta. Pacjent chce kupić konkretny lek: zielony, czerwony czy niebieski. To nie ma znaczenia. Ważne, żeby kupić konkretny lek, konkretnej firmy, żeby ta firma miała wyższą cenę.

I też takie drobne zmiany proponujemy. Chcemy, żeby pacjent miał prawo wykupić tańszy lek, bo na dzień dzisiejszy jest możliwość wprowadzenia przez lekarza... Nie chcemy zmieniać tego. Chcemy, żeby tu była taka informacja dla pacjenta. Lekarz tak uważa, ale jednocześnie farmaceuta wraz z pacjentem mogą taki lek spokojnie zamienić. I to są, myślę, takie główne zmiany, które planujemy.

Uzgodniliśmy jeszcze z branżą, że niektóre kwestie, które nie są uwzględnione w ustawie, a które powinny być... Oczekujemy na kompleksowe propozycje zapisów prawnych. Będziemy je ewentualnie analizować i ustalać, czy dany temat jest bardzo istotny. Wówczas, w tym dodatkowym okresie... Planujemy, że w okresie tych 2 tygodni zorganizujemy dodatkowe konsultacje w sprawie tych zapisów, które nie zostały tu uwzględnione. Rozmawialiśmy m.in. z branżą wyrobów medycznych. Tu są 2 grupy produktów: środki spożywcze specjalnego przeznaczenia oraz opatrunki. Grupa opatrunków dosyć mocno się zmieniła przez te 9 lat, dosyć mocna powinna być też ta przeróbka. Propozycja była taka, że uzgodnimy w całości nowe grupy tych produktów. Na mocy obecnie obowiązującej ustawy to byłby okres kilkuletni, a można to zrobić szybciej, być może za zgodą wszystkich uczestników rynku. Tak że jesteśmy skłonni wprowadzać również inne zmiany. Rozmawialiśmy już z wieloma uczestnikami, którzy ewentualnie jeszcze jakieś zapisy nam zaproponują.

Tak że to są te główne zmiany, które są planowane. Będziemy się wsłuchiwać we wszystkie głosy. Jak będą zgłaszane uwagi do poszczególnych zapisów, to będziemy się starali zapraszać

te podmioty na rozmowy w celu doprecyzowania tych kwestii. Dziękuję bardzo serdecznie.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Fakt, że te konsultacje są wydłużone, jest dowodem na to, że ta nowelizacja rzeczywiście budzi wiele wątpliwości. Rozumiem, że ministerstwo przychyliło się do oczekiwań stron i że to w związku z tym te konsultacje zostały wydłużone.

Ale czy ja dobrze zrozumiałam, Panie Ministrze? Bo pan na początku powiedział, że planujecie... I ja nie wiem, czy chodzi o wdrożenie ustawy, tak żeby ona obowiązywała od stycznia przyszłego roku, czy o proces legislacyjny, który miałby się rozpocząć w styczniu 2022 r.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Najwcześniej prześlemy projekt do Sejmu w styczniu 2022 r. Tu jak gdyby nie ma możliwości, żebyśmy zakończyli proces rządowy wcześniej. Do końca roku planujemy to skończyć, to jest bardzo szybkie tempo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo za to wyjaśnienie. Myślę, że to też ułatwi nam tutaj rozmowę. No, jednak tego czasu trochę jest, ale to też wynika z tego, że jest to trudny temat.

Pan minister skupił się tutaj głównie na ustawie refundacyjnej, omówił dość szczegółowo pewne zapisy, które są, jak rozumiem, w trakcie konsultacji, a więc nie stanowią jeszcze obowiązującego prawa. Ja myślałam, że potraktujemy nieco szerzej tę dyskusję o bezpieczeństwie lekowym, że przeanalizujemy to z punktu widzenia pacjenta czy też z punktu widzenia Ministerstwa Zdrowia, że popatrzymy na problem bezpieczeństwa lekowego w nieco szerszej perspektywie. Ale myślę, że to wybrzmi tutaj w dyskusji.

Otwieram dyskusję.

Proszę bardzo, kto z państwa chce zabrać głos?

**PRZEWODNICZĄCY
ZWIĄZKU ZAWODOWEGO
PRACOWNIKÓW FARMACJI
PIOTR MERKS**

Dzień dobry, z tej strony dr Piotr Merks.

Szanowni Państwo, w kontekście substytucji generycznej, która jest uznawana na świecie za jeden z elementów opieki farmaceutycznej, chciałbym zwrócić uwagę tylko na jedną kwestię. Z zamienianiem również trzeba być bardzo ostrożnym. Są wytyczne Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej, właśnie w kontekście zamienników i zamieniania. Niektórych leków po prostu z natury nie wolno zamieniać. Jest kilka takich zasad klinicznych i chciałbym, żeby zostały one uwzględnione w ramach tych prac, w ramach tego projektu. Podaję przykład: gdy mamy do czynienia z pacjentem, który bierze różnego rodzaju sole litu, to one nie powinny być zmieniane w trakcie terapii. To samo dotyczy np. inhalatorów. Ja chciałbym na to delikatnie zwrócić uwagę, tak żeby to było uwzględniane. Można powołać zespół, polski zespół ekspercki, który by takie, że tak powiem, wytyczne w zakresie zamieniania wystosował. Nie zawsze tanie znaczy dobre. I odwrotnie: zamiana taniego zamiennika na oryginalny lek w pewnym momencie też jest problematyczna. Do tego został powołany specjalny zespół międzynarodowy, więc myślę, że warto uwzględnić te elementy. Tyle mam do powiedzenia na ten temat. Dziękuję bardzo.

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Proszę się przedstawić. Kogo pan reprezentuje, Państwo Doktorze? Bo nie wiemy.)

Koalicję na rzecz szczepień oraz Związek Zawodowy Pracowników Farmacji.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Kto z państwa na sali się zgłasza? Czy ktoś chce zabrać głos?

Proszę bardzo.

**WICEPREZES
NACZELNEJ IZBY APTEKARSKIEJ
MICHAŁ BYLINIAK**

Michał Byliniak, wiceprezes Naczelnej Izby Aptekarskiej.

Ja myślę, że część głosów tutaj nie wybrzmieła, dlatego że wybrzmiała już wcześniej. My do tej pory nie mieliśmy okazji zająć stanowiska odnośnie do ustawy refundacyjnej.

Tym, co chcę podkreślić, jest nasze zadowolenie z kilku elementów, które się w tej ustawie pojawiają, a które uwzględniają nasze postulaty. Chodzi o kwestię towarzyszącą ustawie refundacyjnej, czyli o nowelizację ustawy – Prawo farmaceutyczne w obszarze dżurów. Oczywiście mamy tam swoje uwagi, ale doceniamy chęć rozwiązania pewnego problemu, który od dawna występuje.

Jeżeli chodzi o ustawę refundacyjną per se, to oczywiście zauważamy kwestię wydłużenia okresu pomiędzy obwieszczeniami, co spowoduje zmniejszenie obciążenia aptek i rzadsze przeceny. Widzimy również próbę wpłynięcia na... czy też zapewnienia dostępu wszystkich aptek do leków refundowanych. I to jest absolutnie spełnienie części naszych postulatów.

To czego nie widzimy? Podkreślamy – będziemy bardzo mocno o tym mówić – że absolutnie nie zauważono tutaj kwestii wpływu tej zmiany na finansowe aspekty prowadzenia biznesu w postaci apteki. W OSR nie znalazły się żadne oceny wpływu noweli na zyski i obroty aptek. Nie odniesiono się w żaden sposób do podstawowej wady ustawy refundacyjnej w obszarze rynku aptecznego, czyli do powiązania marży aptecznej z limitem, czyli z ceną leku będącą podstawą limitu. To skutkuje tym, że każdy sukces negocjacyjny Komisji Ekonomicznej Ministerstwa Zdrowia kończy się obniżeniem zysków apteki. To jest naprawdę istotne w kontekście drugiej części naszego dzisiejszego spotkania. Fundamentem tego, aby apteka była przygotowana do przejmowania dodatkowych elementów, świadczenia różnego rodzaju usług i wsparcia systemu, jest to, żeby zarabiała na swojej podstawowej czynności, czyli na sprzedaży leków refundowanych, tych najważniejszych. Apteka musi zarabiać takie kwoty, aby móc pokrywać koszty prowadzenia tego biznesu, a nie tylko mieć marżę dodatnią, jak zostało w jednej odpowiedzi zaznaczone. Tak że będziemy tutaj bardzo mocno podkreślać, że nowelizując ustawę refundacyjną – oczywiście poza kwestiami związanymi z producentami, z hurtownikami – musimy dbać o to, żeby aptecę, mówiąc krótko, opłacało się prowadzić obieg lekiem refundowanym. W żadnych ocenach, które są prowadzone,

ta kwestia nie może być pomijana, dlatego że to ona determinuje to, czy pacjent ma dostęp do leku, czy też nie. Bo jeżeli, mówiąc krótko, apteka musi dopłacić do obrotu, to zawsze będzie to rodziło pewnego rodzaju problemy, komplikacje. Na pewno jest to, jeżeli chodzi funkcjonowanie tej części branży, najwycyżajniej w świecie niezdrowe.

Tak więc będziemy przygotowywać wiele uwag odnośnie do tego obszaru. Ale oczywiście, jak powiedziałem, doceniamy te zmiany, które są odpowiedzią na nasze postulaty, wieloletnie już. Tak że składam bardzo duże podziękowania.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.
Kto z państwa chce jeszcze zabrać głos?
Proszę bardzo.

**PREZES ZARZĄDU IZBY GOSPODARCZEJ
„FARMACJA POLSKA”
IRENA REJ**

Irena Rej, Izba Gospodarcza „Farmacja Polska”.

Ja mam taką jedną generalną uwagę. Może wynika to po prostu z tego, że bardzo wiele lat swojego życia poświęciłam na pracę dla tej branży, dla tego rynku. Otóż zwykle tak poważne operacje są oceniane dopiero po wielu latach. Pierwsza ocena ustawy refundacyjnej pojawiła się po 6 latach. Ta ocena została napisana i, o ile pamiętam – a chyba dobrze pamiętam – złożona do Sejmu, ale Sejm nigdy tej oceny nie przyjął, nigdy nie dokonał też własnej oceny.

I teraz tak: wydaje mi się, że jeżeli piszemy taką ustawę i wprowadzamy do niej ogromną liczbę różnych elementów, które są co najmniej do policzenia... Ja właśnie o tym policzeniu chciałabym powiedzieć. My nie mamy praktycznie żadnych danych, na których moglibyśmy oprzeć nasze ewentualne wyliczenia, przeliczenia. Nie wiemy, czym kieruje się legislator, proponując np. takie, a nie inne przypisy, obligatoryjne dla wszystkich grup tunele cenowe. Wiadomo, że od każdej zasady muszą być wyjątki. My tych wyjątków tak naprawdę nie widzimy w zapisach tej ustawy. Chodzi o to, żeby można było traktować

pewne sprawy indywidualnie, a tu mówi się raczej o ogólnych zasadach.

My dokonujemy w tej chwili symulacji, obliczamy to jakoś w poszczególnych grupach, ale to są oczywiście wyliczenia, które pokazują tylko pewien kierunek. Nie wiemy np. tego, ile producentów zechce obniżyć swoje ceny, o ile zechcą oni obniżyć swoje ceny, jak będzie wyglądało przejście z ryczału na 30% czy 50%. Pierwsze analizy, które zrobiliśmy, są mocno zastraszające. Pokazują one, że duża liczba leków po prostu wyszłaby z refundacji i pacjenci musieliby sami za te leki płacić. Być może tutaj przesadzamy, ale ja, tak jak mówiłam, nie znam tych tendencji, nie znam też założeń. Nie wiem, czym ustawodawca się kierował, proponując taki zapis, a nie inny. Myślę, że niezależnie od teoretycznych rozważań każda taka decyzja powinna być po prostu oceniana z ekonomicznego punktu widzenia. I mnie tej oceny ekonomicznej, tej bazy, na której w ogóle powstała ta propozycja – odnoszę się do bazy ekonomicznej – brakuje. Nie ma tego w projekcie ustawy.

Myśmy jako branża dosyć szczegółowo opisali swoje problemy i umówiliśmy się, że będziemy przekazywać ministrowi uwagi, ale nie do całej ustawy, bo potem robi się z tego po prostu siecinka i już nikt nie jest w stanie wyłapać, o co w ogóle chodzi, tylko do poszczególnych grup. Niewątpliwie takim podstawowym problemem, który nas najbardziej dręczy, są właśnie tunele cenowe, które powodują, że... Właściwie wystarczy, że jakiś zdolny Azjata wejdzie tutaj z tanim lekiem i zapewni nas, że będzie go miał. Na tej podstawie ustalimy limit i większa część polskiej produkcji, która do tej pory miała refundację, z tej refundacji niestety – kierujemy się tutaj zasadą przyjętą w tej ustawie – będzie musiała po prostu zrezygnować. To zostanie wycofane, krótko mówiąc.

Tak że będziemy mówili o poszczególnych zagadnieniach. Takim drugim zagadnieniem, które jest bardzo palące, jest sprawa Komisji Ekonomicznej. Właściwie od 2011 r. trwa nieustająca dyskusja na temat tej komisji i jej różnych, że tak powiem, kompetencji, działań, form itd. Dzisiaj ta komisja tak jakby znowu wkracza w tę ustawę. I powiem więcej. W trakcie prac nad Funduszem Medycznym... Wtedy, w tych pracach, również była uwzględniana Komisja Ekonomiczna, ona miała w tej ustawie występować. Posłowie odrzucili w całości pomysł, żeby

ta komisja funkcjonowała w ramach Funduszu Medycznego. I co widzimy teraz? Widzimy, że to samo, co odrzucili posłowie, wpisano tutaj jako propozycję. No, czegoś się uczymy. Jeżeli już jakaś jedna grupa się wypowiedziała i nic się nie zmieniło, to trzeba się zastanowić, czy należy proponować takie rozwiązania. To nie jest żadne rozwiązanie.

Powiem tak: problemów jest dużo, ale podchodzimy do tego bardzo spokojnie i systemowo. Chcemy te problemy rozwiązywać i dlatego cieszy nas zapowiedź tych kolejnych 5 spotkań. A może zorganizujemy ich więcej, jeżeli będzie taka potrzeba. Chodzi o to, żeby spokojnie to przedyskutować. Będziemy też chcieli przekazywać państwu nasze wstępne opinie, żebyście mogli państwo spokojnie każdy problem przeanalizować. Jeżeli będą jakieś pytania, można będzie poprosić o szczegółowe wyjaśnienia. Takie spokojne, systematyczne, bardziej kreatywne podejście do tej ustawy będzie gwarantem tego, że po wielu, wielu latach powstanie ustawa, która będzie porządkowała rynek, która przede wszystkim będzie transparentna i nie będzie budziła tyle emocji co ta ustawa, która była do tej pory. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Rzeczywiście budzi to emocje w wielu obszarach. Przede wszystkim kwestia ceny leków jest tą kwestią, która od dłuższego czasu nas tutaj intryguje. No, nie można prowadzić polityki lekowej poprzez ciągłe obniżanie cen, a niestety taką tendencję w ostatnim czasie obserwujemy. To jest to, o czym powiedział pan minister – jeden z zapisów ustawy, ten o 17%, pozostaje. Z jednej strony możemy powiedzieć, że to dobrze, że zostaje, że nie to nie będzie obniżone. Tylko że z drugiej strony to nie jest realizowane. I w tym przede wszystkim tkwi kłopot. A więc myślę, że zapisy poszczególnych artykułów powinny być doprecyzowane. Tu musi być jednak powiedziane, że jeżeli jest 17%, to powinno to być realizowane. Ale to są detale, o które, jak podejrzewam, będziecie państwo bardzo wnikliwie pytać Ministerstwo Zdrowia. A ja zawsze na końcu zadam pytanie: co z tego będzie miał pacjent? Bo taka jest nasza rola, rola Komisji Zdrowia.

Do głosu zgłosił się pan Jacek Graliński z Koalicji Izb Handlowych dla Zdrowia. Proszę bardzo.

**PRZEDSTAWICIEL KOALICJI
IZB HANDLOWYCH DLA ZDROWIA
JACEK GRALIŃSKI**

Dzień dobry państwu.

Szanowna Pani Przewodnicząca, bardzo dziękuję za możliwość zabrania głosu. I dziękuję też za możliwość uczestniczenia w tym spotkaniu.

Ustawa refundacyjna jest niezwykle istotna i nie budzi to żadnych wątpliwości wśród osób zgromadzonych wokół tego stołu. My jako Koalicja Izb Handlowych dla Zdrowia – ja reprezentuję 7 izb handlowych, tj. izbę amerykańską, belgijską, kanadyjską, niemiecką, francuską, skandynawską i szwajcarską – apelujemy od samego początku o bardzo pogłębiony i skuteczny dialog. Konieczne jest z pewnością wypowiedzenie się stron i poprawienie tego aktu prawnego w taki sposób, żeby on spełniał założony cel. I tu z satysfakcją musimy przyznać – wielki ukłon w stronę pana ministra Miłkowskiego – że ten harmonogram, który dzisiaj został nakreślony do końca roku... Jesteśmy przed procesem legislacyjnym, a sam proces legislacyjny będzie trwał tyle, ile będzie trzeba. To jest bardzo dobra informacja, za to bardzo dziękujemy.

Jak bardzo ten dialog jest potrzebny? Nie wchodzę nadmiernie w szczegóły, bo rozumiem, że nie taka jest konwencja naszego spotkania. Chciałbym tylko zaznaczyć 2 przykłady, ważne z punktu widzenia izb handlowych, które reprezentuję podczas tego spotkania. Mianowicie jeżeli chcemy oceniać ustawę także pod względem celu, jaki jej przyświeca, to musimy zauważyć, że Komisja Ekonomiczna, która jest bardzo ważnym instrumentem, bardzo ważnym elementem kształtującym opinie, na podstawie których minister zdrowia podejmuje decyzje administracyjne, w ostatnich latach wydawała w większości opinie negatywne. Ja nawet nie będę odnosił się do liczb. Oczywiście, zapewne było też bardzo dużo pozytywnych decyzji, ale chciałbym się odnieść do tych sytuacji, w których decyzje negatywne w ramach negocjacji prowadzonych z ministrem zdrowia ostatecznie owocowały udostępnieniem leku

pacjentom. W tym momencie duch ustawy – o tym pan minister wspomniał – jest taki, że w zasadzie minister może podjąć tylko decyzję pozytywną. W przypadku wzmocnienia Komisji Ekonomicznej prawdopodobieństwo nieprzyjęcia decyzji pozytywnej rośnie. Tak to rozumiemy jako branża, biorąc pod uwagę praktykę z przeszłości.

Drugi przykład, który chciałbym państwu podsunąć, a który obrazuje, jak ważny jest dialog – warto rozmawiać, żeby poznać stanowiska stron – jest związany z faktem skrócenia czasu na skuteczne negocjacje z branżą do 12 miesięcy. W przypadku prowadzonych negocjacji oznacza to, że jeżeli one nie doprowadzą do oczekiwanego efektu przed końcem tego jedenastego miesiąca, to w zasadzie jedyną możliwą decyzją będzie decyzja negatywna. Biorąc pod uwagę praktykę polską... Ja tu odnoszę się do raportów międzynarodowych, według których średni czas udostępniania leku do refundacji wynosi ok. 800 dni. To trwa oczywiście spektakularnie długo. Zgodnie z tym duchem, do którego się odnoszę, zmierzamy do tego, żeby skrócić ten okres. Taki automatyzm może jednak doprowadzić do sytuacji niepożądaną, a mianowicie do wzrostu liczby negatywnych decyzji, co jest nieuchronne w przypadku nieustalenia przez strony wspólnego stanowiska przed upływem 12 miesięcy.

Podsumowując: bardzo nas cieszy taka deklaracja dialogu. Jesteśmy bardzo otwarci na ten dialog i bardzo liczymy na to, że choćby te przykłady, które podaliśmy państwu – przykłady, które nas bolą i na które zwracamy uwagę – zostaną bardzo sprawnie przedyskutowane w tym wydłużonym okresie. Bardzo dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Ja też się cieszę, że Komisja Zdrowia w Senacie jest zawsze częścią tego dialogu. Jesteśmy tutaj otwarci na ten dialog, co chętnie podkreślam. To, że państwo tutaj przyszliście w takiej liczbie, że jest takie zainteresowanie, też dowodzi, że temat, którym dzisiaj się zajmujemy, jest naprawdę bardzo ważny.

Proszę bardzo, pani się zgłaszała.

**DYREKTOR GENERALNY
BIURA ZWIĄZKU
PRACODAWCÓW INNOWACYJNYCH FIRM
FARMACEUTYCZNYCH „INFARMA”
BOGNA CICHOWSKA-DUMA**

Bogna Cichowska-Duma, reprezentując Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych „Infarma”.

Przede wszystkim bardzo dziękujemy pani przewodniczącej za podjęcie tego trudnego, ale arcyważnego dla nas wszystkich tematu, za pozwolenie na to, abyśmy tutaj, w Senacie, mogli na tym etapie procesu legislacyjnego wypowiedzieć się na temat tej arcyważnej ustawy.

Dziękuję również ministrowi Miłkowskiemu za to, że przychylnie spojrział na nasze prośby i wydłużył ten okres ustaleń, które prowadzimy, zanim projekt trafi na ścieżkę legislacyjną.

To, co słyszeliśmy dzisiaj od ministra Miłkowskiego, budzi częściowo pozytywne emocje. Jest to jednak oparte w dużej mierze na intencjach i zapowiedziach, jakie przekazuje ministerstwo, a nie do końca znajduje odzwierciedlenie w zapisach ustawy. Słyszeliśmy m.in. deklarację, że zmiany dotyczące programów lekowych – możliwość zmiany programu lekowego w każdym momencie przez samo ministerstwo – są ukierunkowane na to, aby podążać za zmieniającymi się wytycznymi medycznymi. Bardzo by nas cieszyło, gdyby rzeczywiście tak było. Tymczasem gdy przeglądamy zapisy ustawy, widzimy, że w rzeczywistości zmierzają one po prostu do zwiększenia uprawnień decyzyjnych po stronie ministerstwa. Wiele procedur procesu refundacyjnego zmieniono w taki sposób, że zmniejszają one prawa strony, a decyzję przekazują całkowicie ministrowi zdrowia, nie wprowadzając przy tym żadnych procesów odwoławczych. Taka decyzja nie jest obwarowana żadnymi warunkami, żadnymi przesłankami.

Tak jak wspominali moi przedmówcy, wprowadzone zostały dodatkowe bariery: skrócenie okresu negocjacji, zawężenie procesu negocjacji, zamknięcie go na poziomie Komisji Ekonomicznej, skrócenie okresu obowiązywania dokumentów niezbędnych do aplikowania o refundację. W związku z tym, że bardzo mocno powiększono bariery w tym procesie, wygląda to tak, jakby cały ten proces miał służyć do tego, żeby blokadę refundację, a nie wprowadzać nowe leki na rynek.

A dodatkowo, pomimo uściślenia i zbiurokratyzowania procesu, wprowadzane są ścieżki wyjątkowe. To znaczy, że jeżeli minister uzna to za stosowne, będzie mógł dodatkowo negocjować, będzie mógł przedłużyć ten proces. A więc proces sam w sobie zmierza do zablokowania refundacji, ale są procedury wyjątkowe, które na tę refundację pozwalają. Ale dla tych procedur wyjątkowych nie wprowadzono w ustawie żadnych przesłanek. Musimy tutaj polegać jedynie na wierze, że ministerstwo będzie miało dobre intencje, że rzeczywiście będzie chciało wprowadzać, udostępniać leki dla pacjentów zgodnie z najlepszą wiedzą medyczną. Tymczasem nasze zaufanie jest tutaj ograniczone, bo wiemy, że zasadą dotychczasowego działania Ministerstwa Zdrowia w obszarze lekowym było po prostu minimalizowanie kosztów i zawężanie budżetu lekowego.

Mówiliśmy do tej pory, że 17% tutaj zostaje. Ale w rzeczywistości te 17% nigdy nie zostało osiągnięte, a w ostatnich czasach jest wręcz taka tendencja, że ten procent robi się coraz niższy. Tak naprawdę 16%, 15%, 14% budżetu NFZ jest przeznaczane na leki.

Bardzo chcielibyśmy wierzyć w dobre intencje ministerstwa, no ale nie zostało to zapisane w ustawie i naprawdę boimy się, że efekt końcowy będzie taki, że po prostu będziemy uzyskiwać dalsze oszczędności na lekach poprzez brak refundacji nowych leków innowacyjnych, poprzez wykreślenie z list leków droższych. Te efekty nie znajdują w ogóle odzwierciedlenia w OSR. Mówi się tam rzeczywiście o tym, że pacjent będzie oszczędzał, ale nie mówi się, że pacjent będzie oszczędzał dlatego, że po prostu droższe leki nie będą dostępne, że straci on wybór. Mówi się o tym, że aptekarze zwiększą swoje marże dzięki temu, że część leków wypadnie z refundacji i można je będzie traktować jako leki nierefundowane. No, w tym przypadku marże mogą być stosowane. A więc wydaje nam się, że ta OSR, która jest dołączona do projektu ustawy, w ogóle nie przewiduje rzeczywistych skutków.

Uważamy, że dobra praktyka legislacyjna powinna polegać na zebraniu wszystkich interesariuszy i wysłuchaniu, jakie rzeczywiście mają oni w tej chwili problemy z wdrażaniem tej ustawy. Spójrzeć trzeba również na rynek zdrowia. Wszyscy wiemy, że mamy obecnie do czynienia z olbrzymim długiem medycznym zaciągniętym na skutek pandemii. Ogromna część

społeczeństwa jest zbyt późno diagnozowana, nieleczona, pozostawiona bez dostępu do innowacyjnych metod leczenia. Obecnie nowelizowana ustawa refundacyjna powinna uwzględniać ten dług medyczny, powinna uwzględniać ponaddziesięcioletnie doświadczenia związane z wdrażaniem tej ustawy. Bardzo się cieszymy, że ten proces został przedłużony. Liczymy na to, że będziemy mogli z niektórych zapisów po prostu zrezygnować – to są zapisy czysto biurokratyczne, powstałe w zaciśnięciu gabinetów, bez uwzględnienia rzeczywistości – i rozpocząć pracę od nowa. Bardzo dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

To ważny głos. No, m.in. właśnie dlatego dzisiejsze posiedzenie komisji jest temu poświęcone. My tutaj, w Komisji Zdrowia, znamy ten problem, znamy kwestię tych 17%, które przeznaczają się na leki, ale też zdajemy sobie sprawę z tego, że ceny leków są coraz niższe, że w ramach negocjacji jest to jedno z ważniejszych kryteriów, jakie się podnosi. Ale, tak jak powiedziałam, my cały czas patrzymy na to, jaki jest efekt i co z tego ostatecznie ma pacjent. Dlatego bardzo ważne jest to, co pani powiedziała. To były słuszne uwagi. Oczywiście będziemy się temu dokładnie przyglądać.

Ale chcę też zwrócić uwagę na jeden element, o którym pani wspomniała, a który my widzimy każdego dnia w pracach nad poszczególnymi ustawami. Chodzi mianowicie o uprawnienia decyzyjne ministra zdrowia, które tak naprawdę wynikają nie tylko z tej ustawy, ale i z każdej innej. No, mogę powiedzieć, że to są decyzje 1 osoby, która ma możliwość wpływania, oddziaływania na różne aspekty ochrony zdrowia. To są indywidualne decyzje ministra zdrowia, podejmowane bez żadnych kryteriów, właśnie w drodze wyjątku. I to jest właściwie główny element tej całej polityki. Jeżeli Ministerstwo Zdrowia ma w swoich rękach możliwość wpływania, oddziaływania na różne aspekty poprzez decyzje podejmowane bezpośrednio przez ministra zdrowia, no to jest to zupełnie inny kierunek niż ten, o jakim dotychczas rozmawialiśmy.

Pani senator Alicja Chybicka. Proszę bardzo.

**SENATOR
ALICJA CHYBICKA**

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

W nawiązaniu do tego, co pani przed chwilą powiedziała, chcę dodać, że od czterdziestu kilku lat walczę o wprowadzenie na listy refundacyjne leków ratujących życie dzieciom chorym na nowotwory. Idzie to zwykle jak po grudzie. Przepisy prawa nigdy nie były sformułowane tak, ażeby to pacjent był najważniejszy. Tak naprawdę główna, kluczowa sprawa w tym zakresie to zapisanie tego tak – tu potrzebna jest dobra wola ministerstwa – aby wreszcie było jasne, że to pacjent jest najważniejszy, a nie pieniądze. Ja po prostu nie mogę od tych wielu lat słuchać, jak przelicza się życie ludzkie na pieniądze.

Na listę refundacyjną nie wchodzi leki, dla których nie ma alternatywy. Kosztują 1 milion 300 tysięcy, są za drogie, to niech dziecko umiera. I to dotyczy... Ja będę to mówić tak długo, jak długo na liście refundacyjnej nie znajdą się CAR-T cells dla dzieci chorych na białaczkę, skazanych na śmierć. I nigdy nie zgodzę się z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, że my mamy... Bo tak napisano: mamy się posługiwać tym, co jest na drugiej szali. A na drugiej szali jest wyłącznie śmierć, bo to są dzieci, które już wszystkie możliwości wykorzystały.

W związku z tym tak ważne jest to, aby... A już w zupełne przerażenie wprawia mnie coś takiego, że ktoś uznaniowo o tym decyduje. To może stworzymy ustawę, w której będą same takie wspaniałe zapisy. Ona by powstawała w strasznych mękach, ale po długim czasie byłaby możliwość wstawienia tam dowolnego leku, już na nic nie musielibyśmy patrzeć. Jakie to będą kryteria? Czy to będą kryteria wyłącznie finansowe? I to jest pytanie do ministra Miłkowskiego. Co pan miał na myśli, mówiąc, że minister będzie miał prawo wstawić lek? Nie robi tego, mimo że prawie 50 senatorów wszystkich opcji, łącznie z Prawem i Sprawiedliwością, podpisało się pod apelem o refundację i ratowanie życia tych dzieci. No, tego nie ma. Nikt nie skorzystał z tego prawa, żeby zrobić cokolwiek. Nie, zbiera się datki na kolejne małe dziecko. Jeśli chcecie pomóc, to na Siepomaga jest zbiórka. A dziewczątka dzieci żyje, bez tego nie byłoby już ich wśród nas. Jedno z nich żyje półtora roku – właśnie to, które w marcu było leczone jako pierwsze. Tak więc

jest to metoda w pewnym sensie sprawdzona, pewna. Powikłania są praktycznie niewielkie, żeby nie powiedzieć: żadne. Wiem, że u dorosłych to troszeczkę gorzej wygląda, ale ku naszemu zdumieniu u dzieci jest świetnie.

Tak że dopóki nie będzie – jeszcze raz to powtórzę – tego, co najważniejsze, czyli dobrej woli i twardego przestrzegania zasady, że to pacjent jest najważniejszy, a nie pieniądze, to naprawdę nic z tego nie będzie. Bez tego pacjent nigdy nie będzie usatysfakcjonowany, bez tego nie będzie dobrego leczenia. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Jeszcze 2 głosy: pan Marcin Piskorski i pani senator Agnieszka Gorgoń-Komor.

Może najpierw oddam głos panu, a później pani senator. Proszę.

**PREZES ZARZĄDU
ZWIĄZKU PRACODAWCÓW APTECZNYCH
„PHARMANET”
MARCIN PISKORSKI**

Dziękuję.

Marcin Piskorski, Związek Pracodawców Aptecznych.

Ja chciałbym tylko wesprzeć stanowisko pana prezesa Byliniaka, który oceniając ustawę refundacyjną, mówił o kwestiach marży i zyskowności tego sektora, która rzeczywiście od lat spada. Marża uzyskiwana przez apteki ze sprzedaży leków refundowanych z roku na rok spada, ta branża rzeczywiście notuje coraz niższą rentowność.

Poza tym chciałbym powiedzieć, że biorąc udział w pracach nad nowelizacją ustawy, będziemy zastanawiać się nad sposobami poprawienia kondycji ekonomicznej aptek, także poprzez 2 czynniki pozamarżowe, w tym poprzez zwiększenie asortymentu dostępnego w aptekach, bo polskie apteki mają najwęższy asortyment w Europie. Drugim takim elementem są właśnie dodatkowe usługi, które mogą być świadczone w aptekach, a które są także takim dodatkowym filarem, sposobem na czerpanie przychodów, zysków. Chodzi o świadczenie

dotychczasowych usług zdrowotnych w aptekach, o czym pewnie za chwilę będziemy rozmawiali.

Ale zwracam też uwagę na to, że będziemy chcieli poruszyć tutaj bardzo ważny wątek dotyczący tego, że ta ustawa nie może spowodować kolejnego lawinowego spadku liczby aptek w Polsce. Jak państwo wiecie, od wejścia w życie ustawy „apteka dla aptekarza” liczba aptek w Polsce spada. W tej chwili jest już o ponad 1 tysiąc 500 aptek mniej i ta liczba cały czas idzie w dół. A powodem jest to, że apteki nie wytrzymują pod względem ekonomicznym. Nowe otwierać się nie mogą, wobec tego ta liczba spada. Są już kłopoty z dostępnością leków na niektórych terenach w Polsce. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.
Pani senator Gorgoń-Komor.

SENATOR
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.
Czy mnie dobrze słyszać?
(Przewodnicząca Beata MałECKA-Libera: Tak.)
Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, mówimy o bardzo ważnym dokumencie, który powinien być dopracowany. Ja na co dzień pracuję z pacjentami i widzę, jak ta refundacja wygląda. To się wiąże z bardzo ważnym zjawiskiem, jakim jest *compliance* w zakresie zażywania leków przez pacjentów. Jeżeli chcemy być państwem nowoczesnym – a farmakoterapia jest po prostu jednym z punktów, które lekarze i pacjenci muszą realizować, żeby poprawić rokowania w przypadku różnych chorób – to musimy o to *compliance* zadbać, bo z tym jest bardzo źle, co wynika z badań epidemicznych.

Jeżeli znowu będziemy refundować leki najtańsze, które po prostu... Ten proces refundacji czasem nawet pacjentów śmieszy. Ja te leki wypisuję, a to jest czasem parę groszy. I to się nazywa lek refundowany? A te drogie leki, o których mówiła pani prof. Chybicka, czy to dla dzieci, czy to dla pacjentów kardiologicznych i onkologicznych, nie są refundowane jak w innych krajach

Europy. No, mamy fatalny rynek refundacji, a przecież konstytucja gwarantuje nam opiekę medyczną, w tym farmakoterapię.

Musimy się zastanowić, czego my tak naprawdę chcemy. Czy chcemy leczyć zgodnie ze standardami i oferować pacjentom leki refundowane, np. na niewydolność serca? Pan prof. Ponikowski z Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego od wielu lat stara się o refundację leku sakubitryl/walsartan, który nie dostał się na listę leków refundowanych, a poprawia rokowania i przedłuża życie pacjentów z niewydolnością serca o prawie 30%. Efektywność leczenia jest poparta badaniami ABM, ale niestety nie można się doprosić, żeby ten lek był refundowany. On kosztuje 300 zł, a przecież pacjent często wydaje też pieniądze na inne leki.

Chodzi też o bardzo szeroko stosowane tzw. doustne antykoagulanty, leki, które we wszystkich krajach Europy są refundowane, bo zmniejsza to liczbę udarów niedokrwiennych mózgu, zmniejsza liczbę powikłań neurologicznych. A u nas pacjent, często senior płaci miesięcznie za kurację ok. 120 zł. Czyli znowu będziemy... No i oczywiście zwiększamy ryczałt z 3,20 na 5,40. Dla mnie, jako dla lekarza praktyka, wszystko to to są jakieś śmieszne ruchy. Powinniśmy to dopracować zgodnie z ustaleniami wszystkich interesariuszy i ustalić, jak chcemy leczyć, na jakie choroby ludzie najczęściej umierają, jak poprawić rokowania, żeby dogonić Europę w standardach leczenia, a nie tworzyć taką ustawę, że znowu nikt nie będzie wiedział, o co chodzi, podczas gdy to, co jest najważniejsze, nie zostanie wykonane. Dziękuję bardzo... Myślę, że należy to dopracować i bardzo dokładnie wiedzieć, co my chcemy robić, jak chcemy leczyć ludzi, żeby poprawić *compliance* zażywania leków w Polsce i żeby te leki nie trafiały do kosza, bo przepisywane są te najtańsze, ciągle zmieniane. Gospodarka lekowa jest bardzo ważna.

Dziękuję, Pani Przewodnicząca. Dziękuję też za zdanie państwa. Tutaj, w Komisji Zdrowia ciągle kierujemy się dobrem pacjenta – nie dobrem procedur, nie dobrem rządzących, nie dobrem polityków, tylko dobrem pacjenta. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Następny w kolejności będzie pan prezes Kopeć, potem pani Marta Winiarska. Zgłaszał się jeszcze pan Maćkowiak, ale to po kolei.

Pan prezes Kopeć.

PREZES ZARZĄDU
POLSKIEGO ZWIĄZKU PRACODAWCÓW
PRZEMYSŁU FARMACEUTYCZNEGO
– KRAJOWYCH PRODUCENTÓW LEKÓW
KRZYSZTOF KOPEĆ

Dziękuję.

Krzysztof Kopeć, Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego – Krajowi Producenci Leków.

Chciałbym jakby wrócić do sedna i do tego, o czym pani przewodnicząca – bardzo dziękuję za zaproszenie – mówiła na wstępie, czyli do bezpieczeństwa lekowego, także w przededniu tej kolejnej fali. My często mówimy o lekach, myśląc o nich tak, że one są nam dane i że zawsze będą dostępne. Tak się nie dzieje. Te leki, które leczą miliony Polaków, to są leki podstawowe, które są używane populacyjnie. Nam się wydaje, że one zawsze są, były i będą w aptece, jednak pandemia pokazała, że tak się nie dzieje. I dziś, w przededniu zapowiadanej już czwartej, niestety, fali stoimy przed wyborem: możemy znów mieć nadzieję, że jakoś to będzie, albo wyciągniemy wnioski i przygotujemy się do tego, co może nadejść, co chyba już sobie wyobrażamy dzięki tym doświadczeniom, które mamy. Ostatnie kilkanaście miesięcy w naszej ocenie jednoznacznie pokazało i dowiodło, że bezpieczeństwo lekowe państwa jest integralnym elementem bezpieczeństwa narodowego. A my zapominaliśmy o tym, że to, że mamy leki, to nie jest coś, co zostało nam dane na zawsze.

Krajowe przedsiębiorstwa sektora farmaceutycznego w czasie najgorszej próby w pierwszej, drugiej, trzeciej fali pandemii, kiedy nikt do końca nie wiedział, jak będzie wyglądała sytuacja, zapewniły dostęp, ciągły dostęp do leków, w tym do terapii ratujących życie. Bo nikt, kto został podłączony, poddany sztucznej wentylacji, nie byłby uratowany bez leków, które dostarczają krajowi producenci, nikt nie otrzymałby szczepionki bez zestawów przeciwwstrząsowych, do których substancje i leki produkują krajowi producenci. Myśmy to dostarczyli. Stanęliśmy na wysokości zadania, pomimo że ministerstwo

traktuje nas czasem jak azjatyckich dostawców, którzy mogą obniżać ceny w nieskończoność. Pytanie, czy dziś, w przededniu czwartej fali firmy z własnej inicjatywy i na własny koszt kolejny raz poniosą wysiłek, aby zabezpieczyć surowce i przygotować możliwości zwiększania produkcji tych leków. To jest pytanie otwarte. I myślę, że na tym posiedzeniu komisji, tu, w tym gronie na poziomie Senatu, który jest miejscem, gdzie wszyscy możemy się merytorycznie nad tym zastanowić... Tutaj jest odpowiednie miejsce, żeby to zrobić.

Aktualnie trwają negocjacje... I o tym też musimy pamiętać, bo to, co się dzieje dzisiaj, ma wpływ na przyszłość. Tak więc aktualnie trwają negocjacje dotyczące przeszło 2 tysięcy leków refundowanych z 4,5 tysiąca leków, którym w tym roku kończą się decyzje refundacyjne. Są to piąte negocjacje dotyczące tych samych leków, a minister za każdym razem oczekuje obniżek. Jeśli w najbliższych miesiącach dojdzie do kolejnej erozji cen, uzależnimy się – i to jest fakt – od produkcji azjatyckiej, a wiemy, co działo się w czasie poprzednich fal pandemii. Jeśli chcemy czuć się bezpiecznie jako kraj, jako obywatele, to nie możemy zmuszać krajowych firm do kolejnych obniżek, a także jak najszybciej powinniśmy wprowadzić instytucję partnera bezpieczeństwa lekowego. To już jest, na szczęście, w ustawie zasygnalizowane, ale róbmy to już teraz, nie czekajmy. A takim partnerem według nas mogłaby zostać firma, która np. co czwarty swój lek refundowany wytwarza w Polsce. Taki partner nie byłby zmuszany po raz kolejny do obniżek cen, dzięki czemu mógłby zwiększać produkcję w Polsce i mógłby zwiększać polskie bezpieczeństwo lekowe.

Z końcem czerwca został skierowany do konsultacji publicznych projekt ustawy nowelizującej ustawę refundacyjną. Tam, według nas, jeszcze mocniej powinien wybrzmieć temat bezpieczeństwa lekowego. Widzimy, że on tam jest zaznaczony, ale naszym zdaniem powinno to pójść dalej, powinno pójść szybciej. Powinniśmy o bezpieczeństwie lekowym mówić tu i teraz, bo nadchodzi czwarta fala pandemii i jeśli nic nie zrobimy, to po raz kolejny będziemy dryfować. Ta ustawa refundacyjna jest dla nas ustawą o szczególnym znaczeniu. To na jej podstawie tworzy się ramy prawne, finansowe do budowania bezpieczeństwa lekowego kraju oraz możliwości inwestycyjnych przedsiębiorstw

sektora farmaceutycznego. Musimy przestać się oszukiwać, że wydawanie środków na refundację – wydajemy 13 miliardów zł – nie jest albo nie powinno być stymulowaniem do inwestycji w Polsce. Stoimy dzisiaj przed decyzją o tym, czy decydujemy się na uznanie przemysłu farmaceutycznego za ważny element polskiej gospodarki i bezpieczeństwa oraz na wspieranie jego rozwoju, czy też decydujemy się na dryf w kierunku kurczenia się udziału tego sektora w PKB, w kierunku redukcji zatrudnienia, ograniczenia badań i rozwoju, ze wszystkimi konsekwencjami takiego rozwiązania. Przedstawiony dzisiaj projekt ustawy zmierza bardziej w tym drugim kierunku. Potrzebujemy wprowadzenia głębszych instrumentów i instytucji partnera bezpieczeństwa lekowego – przypisanego do firm, bo leków nie bierzemy z... Mimo że kupujemy je w aptekach, to musi je ktoś wytworzyć. I tym partnerem jest firma, która je produkuje. Najlepiej produkować leki w kraju, żeby to bezpieczeństwo lekowe było możliwie duże. Jeśli natomiast dalej będziemy podejmować działania, które będą erodować ceny, zwłaszcza w przypadku krajowych producentów, to skutki gospodarcze w konsekwencji poniosą także pacjenci. Poniosą oni straty, bo korytarze cenowe ograniczą im wybór, a w momencie kryzysu mogą ten wybór całkowicie zablokować i zastopować leczenie pacjentów.

Z uwagi na skalę przygotowań oraz dotychczasowe doświadczenia wystąpimy dzisiaj do premiera rządu z prośbą o spotkanie w sprawie omówienia stanu przygotowań do czwartej fali pandemii pod kątem bezpieczeństwa lekowego. Prosimy tutaj senacką komisję, panią przewodniczącą oraz senatorów, o zaangażowanie się w prowadzenie dialogu na rzecz wypracowania jak najlepszego projektu na etapie prac rządowych. W tym kontekście dziękujemy szczególnie pani przewodniczącej oraz członkom komisji za organizację tego dzisiejszego posiedzenia, bo na nim chyba jeszcze bardziej powinno wybrzmieć to, że nadchodzi czwarta fala, o czym mówią już wszyscy. I naszym wyzwaniem jest zapewnienie bezpieczeństwa lekowego tu i teraz, a w dalszej konsekwencji – nowelizacja ustawy. Prosimy też rząd o wskazanie kierunku rozwoju sektora farmaceutycznego, o określenie, czy stawiamy na jego rozwój, czy też została już podjęta decyzja o stopniowym osłabianiu tej dziedziny. A w końcu musimy też podkreślić, że widzimy... Chodzi

o to, czy środki, słusznie skierowane w KPO na rozwój przemysłu, nie zostaną skonsumowane, wypompowane z tego systemu przez kolejne obniżki cen, które te pieniądze zabiorą – z jednej strony włożymy, a z drugiej zabierzemy.

Na te kwestie chcielibyśmy zwrócić szczególną uwagę. Chcemy przypomnieć, że jesteśmy przed czwartą falą i trzeba się zastanowić nad takim twardym bezpieczeństwem lekowym. Leki w aptece są dzięki czyjeś pracy; są krajowe firmy, które je zapewniają. Jeśli będziemy to ignorować, to dojdzie do sytuacji, kiedy naprawdę może tych leków zabraknąć. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Dzisiejsze posiedzenie komisji ma taki określony termin też z tego względu, że jutro na posiedzeniu plenarnym będzie informacja – to jest w ogóle pierwszy punkt posiedzenia – ministra zdrowia, który poinformuje senatorów, jak jesteśmy przygotowani do czwartej fali. Ja tylko przypomnę, że w Komisji Zdrowia w roku ubiegłym już 4 lutego po raz pierwszy podnosiliśmy na posiedzeniu kwestię epidemii i zabezpieczenia, a przez cały ten okres bardzo uważnie śledzimy nie tylko kwestię zabezpieczeń w czasie epidemii, ale także cały program szczepień i wszystkie kwestie związane z dostępnością leczenia w tym czasie. Jesteśmy naprawdę bardzo tutaj czujni, że tak powiem. Nie bez znaczenia też jest fakt, że jutro minister zdrowia powinien nam ten plan przedstawić, bo już najwyższa pora, aby wszyscy, aby całe nasze społeczeństwo wiedziało, co będzie w najbliższym czasie i jak jesteśmy do tego przygotowani.

Myślę, że ten element bezpieczeństwa lekowego, o którym pan prezes mówił, jest ogromnie ważny. Większość z nas, jak myślę, nawet nie była świadoma tego, że w czasie największego szczytu epidemii, tej trzeciej fali, było zagrożenie lekowe i że to właśnie głównie dzięki naszemu przemysłowi farmaceutycznemu, polskiemu rynkowi, te leki w jakiś sposób zostały zabezpieczone. Ale to też nie powinno dziać się ad hoc. Strategia dla bezpieczeństwa lekowego, dla polityki lekowej jest ogromnie ważna. I myślę, że... Nie rozmawialiśmy tutaj jeszcze o tym, ale jest to ważny wątek. Przecież

2 albo 3 lata temu powstał projekt polityki lekowej, który został przyjęty przez Radę Ministrów, ale on nigdy nie przełożył się na konkretne projekty ustaw. Rozumiem, że jednym z wątków jest tu właśnie ta nowelizacja ustawy refundacyjnej. Drugi wątek to jest rozwój leków innowacyjnych i kwestie związane z przeznaczeniem na to środków unijnych. My o tym dyskutowaliśmy w czasie, kiedy rozmawialiśmy na temat podziału środków, które przypadną na ochronę zdrowia, i już wtedy podnosiliśmy kwestię bezpieczeństwa lekowego, a także zbyt małych ilości pieniędzy, zbyt małych na to, aby w realu wydarzyło się wiele dobrego w zakresie rynku farmaceutycznego. Tak więc naprawdę proszę wierzyć: te wszystkie tematy są nam znane. Umiemy o tych tematach rozmawiać, bo wiele kwestii było poruszanych na posiedzeniach komisji. Dzisiaj rozmawiamy tak bardziej zbiorczo, aby te wszystkie wątki, które przez ten rok państwo podnosiliście, wybrzmiały ostatecznie przed tą czwartą falą. Chodzi o to, jak w tej chwili – po roku doświadczeń, po roku zbierania informacji – rząd przygotowuje nas, tj. społeczeństwo, do jesieni.

Następna osoba, która się zgłaszała, to pani Marta Winiarska.

Proszę bardzo.

**PRZEDSTAWICIEL PRACODAWCÓW RP
MARTA WINIARSKA**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Marta Winiarska, Pracodawcy RP.

Chciałabym się odnieść do kilku kwestii. Dziękuję przede wszystkim za zaproszenie, za możliwość zabrania głosu, odniesienia się przede wszystkim do tego, o czym pani przewodnicząca mówiła przed chwilą.

Rzeczywiście mamy taki dokument jak „Polityka lekowa”, który obowiązuje do 2020 r. Wydaje się, że dzisiaj, po pandemii, w momencie, kiedy mamy ogromny dług zdrowotny, jesteśmy w zupełnie nowej rzeczywistości. I to tak naprawdę powinno nas zmotywować do tego, żebyśmy zrobili rewizję tej polityki lekowej i zastanowili się, jakie rzeczywiście cele powinna obejmować legislacja, która miałaby implementować rozwiązania zawarte w takiej polityce lekowej. A więc może zaczniemy od początku i ustalmy, jakie mamy priorytety i cele strategiczne, a dopiero

później przejdźmy do konkretnych rozwiązań legislacyjnych.

W kontekście bezpieczeństwa lekowego, a tak naprawdę nawet, powiedziałabym szerzej, bezpieczeństwa zdrowotnego, powiem tak: oczywiście polscy producenci zapewniają leki, jak najbardziej, jednak nie możemy leczyć, jak pani senator tutaj mówiła, wielu chorób onkologicznych, kardiologicznych, chorób rzadkich bez leków dostarczanych również przez producentów międzynarodowych. Tak naprawdę ten system refundacyjny to powinien być system, który widzi całość, który jest holistyczny, który obejmuje uregulowanie wszystkich kwestii pozwalające na zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego, lekowego w rozumieniu udostępniania leczenia zgodnego z wytycznymi medycznymi, pozwalające lekarzom dobierać takie leczenie pacjentów, które jest jak najskuteczniejsze.

Mówiliśmy tutaj dzisiaj m.in. o tym, że wiele zapisów tej ustawy jest dosyć nieprecyzyjnych. Stoi za nimi pewna intencja, o której mówił tu dzisiaj minister Miłkowski. Jednak świetnym przykładem intencji dobrej, a niekoniecznie wypełnionej działaniami, jest Fundusz Medyczny z ubiegłego roku. Cele były bardzo szczytne, natomiast implementacja, być może też w związku z tym, że nie było to procedowane w ścisłym dialogu z branżą, powoduje, że ta ustawa nie pozwala na osiągnięcie tych celów, jakie były zakładane. Co więcej, pojawiły się tam takie zapisy związane z ratunkowym dostępem do technologii lekowych, które tak naprawdę sprawiły, że dostęp pacjentów do leków jest utrudniony i w zasadzie jest gorzej niż przed wprowadzeniem tej ustawy.

Musimy też mieć na uwadze, że ustawa refundacyjna to nie jest tylko ustawa, która widzi po jednej stronie Ministerstwo Zdrowia, a po drugiej firmy farmaceutyczne, tylko chodzi tu o cały łańcuch podmiotów, które wykonują de facto... Są one kolejnymi ogniwami, które doprowadzają do momentu dostarczenia leku do pacjenta. To są apteki, w imieniu których już państwo zabierali tutaj głos, to są szpitale, to są lekarze, to są dyrektorzy szpitali. Wiele różnych podmiotów jest po drodze. I tak naprawdę wydawałoby się, że wszystkie te strony powinny być zaproszone do dialogu właśnie po to, żeby zapobiec takiej sytuacji, w której zmiana – z punktu widzenia legislatora wydająca się zmianą niewielką – może spowodować całą lawinę różnego

rodzaju konsekwencji. One nie do końca są do przewidzenia dla osoby, która nie jest praktykiem na kolejnych etapach.

Oczywiście najważniejszy w całym systemie jest pacjent, absolutnie, o tym w ogóle nie ma co dyskutować, jednak nie możemy zapominać też o tym, że w tym, że tak powiem, ekosystemie występują firmy farmaceutyczne. Tak jak już mój przedmówca mówił, ktoś jednak ten lek produkuje, ktoś ten lek dostarcza. I ten ekosystem powinien zapewniać pewną stabilność i przewidywalność dla tych podmiotów, które o refundację aplikują. Tymczasem proponowany kształt ustawy refundacyjnej jakby tę stabilność i przewidywalność odbiera. Wiele jego elementów w związku z dyskrejonalnymi decyzjami ministra zdrowia – bez konkretnych kryteriów wejścia ministra w różne etapy tego procesu – powoduje nierówność podmiotów wobec prawa. I to powoduje, że ten ekosystem jest wyjątkowo niekorzystny dla podmiotów aplikujących o refundację. Tak że uważamy, że absolutnie potrzebny jest dialog, ale taki naprawdę bardzo szeroki, z bardzo szeroką oceną skutków regulacji na wszystkich jej etapach, nie tylko na poziomie włączenia leków do list refundacyjnych, tylko również na wszelkich kolejnych etapach, żeby lek, który rzeczywiście jest potrzebny, miał szansę dotrzeć do pacjenta. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.
Proszę bardzo, pan Maćkowiak.

**PREZES ZARZĄDU
FEDERACJI PACJENTÓW POLSKICH
STANISŁAW MAĆKOWIAK**

Dzień dobry państwu.

Szanowna Pani Przewodnicząca, bardzo dziękuję za możliwość wzięcia udziału w tym niezwykle ważnym posiedzeniu Komisji Zdrowia.

Na początku chciałbym powiedzieć, że niezwykle ważna dla wszystkich, jak już wielokrotnie tu państwo mówili, jest możliwość wysłuchania głosów wszystkich interesariuszy w tym zakresie. I ta nowelizacja ustawy refundacyjnej jest niezwykle ważna. Biliśmy się o nią od wielu,

wielu lat. Tak jak wspominała pani prezes Rej, miała być dyskusja w tym temacie, a zmiany miały nastąpić po określeniu efektów działania tej ustawy wiele lat temu, jednak doszło do tego w tym momencie. Cieszy to, że proces procedowania, jaki jest aktualnie przedstawiony przez ministerstwo, jest taki, że może uda się ten temat poruszyć i zamknąć w ten sposób, że będą wysłuchane wszystkie strony.

Szanowni Państwo, z punktu widzenia pacjentów ta ustawa winna zapewnić bezpieczeństwo w zakresie dostępności leków. Według deklaracji ministra ma spowodować, że dopłaty do leków będą na takim poziomie, który będzie akceptowalny dla pacjentów, czyli nie będą wyższe niż aktualnie. Rozwiązania, które zostały zaproponowane w projekcie, budzą jednak niepokój i w pewnym sensie są zagrożeniem do tego stanu. Podam kilka przykładów. Pierwsza sprawa to jest odpłatność ryczałtowa, o której mówił pan minister. Zmiana odpłatności z 3,20 na 5,60 w żaden sposób nie przystaje do zapowiedzi, że te leki będą tańsze. My rozumiemy sytuację, że zwiększenie poziomu odpłatności w momencie, kiedy te leki wykupuje się okazjonalnie, nie jest problemem, natomiast przy chorobach przewlekłych jest to niezwykle duży problem. Weźmy pod uwagę taki przykład dotyczący leczenia chorób rzadkich, np. fenylketonurii. Odpłatność przy stosowaniu tych preparatów, które są na rynku, gdzie pacjent musi teraz ponieść koszt rzędu 140 zł, po tych zmianach wzrosłaby do 250 zł. I to jest naprawdę ogromny problem.

Następnym elementem, który chciałbym poruszyć, jest kwestia zmiany dotyczącej sposobu refundacji leków na choroby rzadkie. To jest to, o czym wspomniała pani prof. Chybicka. Szanowni Państwo, nie może być takiej sytuacji, żeby systemowo zabraniano ministrowi podejmowania decyzji refundacyjnych – do pewnego poziomu. A co będzie z tymi pozostałymi chorymi, dla których są efektywne leki na rynku? Ich od razu skazemy na to, że muszą umrzeć? No, w rozwiązaniach systemowych to jest kierunek, który naprawdę jest nie do obrony. W związku z tym art. 11 projektu, który mówi o tym, że minister do spraw zdrowia odmawia wydania decyzji refundacyjnej, kiedy wysokość kosztów przekracza sześciokrotność PKB, jest z naszego punktu widzenia absolutnie nie do przyjęcia. Co więcej, te zapisy są niespójne z zapisami narodowego planu dla chorób rzadkich, który w tym

momencie jest procedowany, i mam nadzieję, że w najbliższym czasie zostanie przyjęty. Tam są oznaczone inne kryteria refundacyjne, takie jak analiza wielokryterialna. Można do tego się odnieść, jeśli chodzi sprawy związane z samą refundacją leków w przypadku chorób rzadkich.

Następna sprawa to jest sprawa samej wielkości funduszu refundacyjnego. Otóż tak jak już moi przedmówcy mówili, obowiązujący dokument mówiący o wielkości środków przeznaczanych na refundację, które winny być do 17%... W polityce lekowej się proponuje, żeby ten poziom refundacji był od 16,5%. Oczywiście to, jaki ma być poziom maksymalny, to jest kwestia uzgodnień...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Prezesie, wejdę panu w zdanie. Nie chciałabym, żebyśmy omawiali szczegóły z tego względu, że... No, po to są te wydłużone konsultacje, żebyście państwo – mam nadzieję – mogli sobie to wszystko uzgadniać. Ponieważ mamy ograniczony czas na to posiedzenie komisji, prosiłabym, żebyśmy się skupiali bardziej na bezpieczeństwie lekowym...

(Prezes Zarządu Federacji Pacjentów Polskich Stanisław Maćkowiak: Systemowym. Okej.)

...czy systemowym. Dokładnie.

**PREZES ZARZĄDU
FEDERACJI PACJENTÓW POLSKICH
STANISŁAW MAĆKOWIAK**

Dobrze.

To na koniec chciałbym powiedzieć tylko o takiej sytuacji... Powiem o jeszcze jednym wniosku, a mianowicie o występującej z naszego punktu widzenia konieczności udziału organizacji społecznych, zresztą zgodnie z obowiązującym prawem, z art. 31 ust. 1 k.p.a., o możliwości przystąpienia przedstawiciela tych organizacji do wszystkich ciał, które podejmują decyzje refundacyjne.

I w związku z tym, o czym dzisiaj była mowa, chciałbym zaproponować, złożyć wniosek o zmianę nazwy Komisji Ekonomicznej na „Komisję do spraw Refundacji Leków”, żeby była mowa o tym, że taka komisja jest do tego, żeby

zapewnić leki i bezpieczeństwo lekowe, a nie myśleć tylko na temat środków, które mogą być na to skierowane.

Jest oczywiście wiele różnych uwag na ten temat, ale chciałbym zakończyć tak, jak pani przewodnicząca zapowiedziała. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Ponieważ, tak jak powiedziałam, mamy tutaj ograniczony czas, a chciałbym, żebyśmy jeszcze porozmawiali o tym drugim punkcie, o którym za wiele nie padło tutaj w kontekście całego bezpieczeństwa lekowego i opieki farmaceutycznej, to oddam tylko jeszcze panu głos i tę część obrad będziemy zamykać. Chciałbym jeszcze porozmawiać o opiece farmaceutycznej.

Proszę bardzo.

**WICEPREZES ZARZĄDU
POLSKIEGO ZWIĄZKU PRACODAWCÓW
PRZEMYSŁU FARMACEUTYCZNEGO
– KRAJOWYCH PRODUCENTÓW LEKÓW
GRZEGORZ RYCHWALSKI**

Dzień dobry. Grzegorz Rychwalski, Krajowi Producenci Leków. Bardzo dziękuję za udzielony głos.

Ja bym bardzo prosił o pomoc pani przewodniczącej, jeśli chodzi o możliwość uzyskania od Ministerstwa Zdrowia załącznika, o którym jest mowa w ocenie skutków regulacji. Ocena skutków regulacji mówi o analizach i wyliczeniach leżących u podstaw wyliczeń OSR i pewnych rozwiązań, które zostały wprowadzone, a o których pani prezes Irena Rej tutaj mówiła, chociażby dotyczących korytarzy cenowych. Niestety, mimo licznych próśb różnych osób te załączniki nie zostały udostępniane, a pozwoliłyby na rzetelne odniesienie się do założeń Ministerstwa Zdrowia. Chcemy rzetelnie dyskutować. Te załączniki pozwoliłyby na tę rzetelną dyskusję zamiast zakładania, co autor miał na myśli, dlatego bardzo prosimy o pomoc w udostępnieniu tych załączników. OSR mówi, że załącznikiem do OSR są wyliczenia dotyczące pewnych rozwiązań, które są wprowadzone do projektu ustawy, tak że bardzo prosimy o pomoc w uzyskaniu tych wyliczeń.

Bardzo dziękuję, Pani Przewodnicząca.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Spróbuję podsumować najważniejsze wątki i przejdziemy do tego drugiego tematu. No, na zakończenie poprosiłabym jeszcze pana ministra o ewentualne odniesienie się do tych wszystkich kwestii, ale teraz pozwolę sobie na kilka uwag, które sobie tutaj zanotowałam.

Po pierwsze, uważam, że najważniejszą teraz rzeczą, oczywiście oprócz tej nowelizacji ustawy, jest strategia bezpieczeństwa lekowego, a właściwie strategia zdrowotna. Ponieważ nie mamy takiej strategii, nie wiemy, co dla nas, dla społeczeństwa, jest priorytetem zdrowotnym. A pod te priorytety zdrowotne powinny być ukierunkowane wszelkie działania – profilaktyczne, rozwoju rynku farmaceutycznego, lekowego, rehabilitacyjne itd. Tej strategii nam, niestety, brakuje. „Polityka lekowa”, o której powiedziałam, była czy jest w dalszym ciągu pewnym dokumentem, ale ona absolutnie nie przełożyła się na rozwiązania prawne, a w tej chwili, tak jak pani tu wspomniała, absolutnie wymaga zmian ze względu na epidemię. To jest pierwsza kwestia.

Druga kwestia to oczywiście nowelizacja samej ustawy. Pozostawiam państwa z nadzieją, że to posiedzenie komisji, jak również zapewnienia pana ministra, że będzie się toczył dialog, że będą spotkania, doprowadzą do powstania takich rozwiązań, takich zapisów prawnych ustawy, które będą dla państwa satysfakcjonujące. Ale dla mnie osobiście będzie ona satysfakcjonująca wówczas, kiedy ja usłyszę od Ministerstwa Zdrowia, jaki konkretnie cel ma ta ustawa, co ma przynieść, bo tego tak naprawdę nie wiem. Słyszę o różnych drobnych zmianach w różnych artykułach, rozwiązaniach, pomysłach, ale chciałabym wiedzieć, co konkretnie będzie wynikało z tej ustawy dla pacjenta i co będzie z niej wynikało dla producentów, bo tak jak państwo mówicie, leki muszą zostać wyprodukowane, a stabilność i przewidywalność jest ogromnie ważna.

Przejdę do pytań, które chciałabym zadać również panu ministrowi.

Czy państwo zastanawiacie się nad kwestią bezpłatnych leków dla pacjentów 75+? Pytam, ponieważ ostatnio w dyskusji usłyszeliśmy, że gama leków, które obecnie objęte są tą refundacją, jest tak niewielka, że właściwie nieistotna

dla zdrowia osób starszych. To jest pierwsze moje pytanie.

I drugie pytanie. Czy, mówiąc o puli pieniędzy, o tych 17%, które są na refundację... Czy państwo wrócić do tematu dostępności leków innowacyjnych także w zaawansowanych chorobach nowotworowych? Coraz częściej mamy informację, że wiele leków, które są dostępne i stosowane w Unii Europejskiej, u nas nie są refundowane.

To są moje dwa pytania.

A teraz przechodzimy do drugiej części naszego posiedzenia. Skupimy się teraz na opiece farmaceutycznej, na rozszerzeniu...

(Rozmowy na sali)

Kto z państwa nie jest zainteresowany tym tematem, to oczywiście może opuścić salę. Nie chcę robić przerwy, ponieważ, tak jak powiedziałam, za godzinę będziemy musieli zakończyć posiedzenie komisji.

W związku z tym jest pytanie do pana ministra: co z raportem o opiece farmaceutycznej? Jakie są państwa plany w tym zakresie, szczególnie w kontekście braku kadr medycznych i możliwości poszerzenia kompetencji przez farmaceutów?

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI

Dziękuję bardzo serdecznie.

Jeśli chodzi o opiekę farmaceutyczną, to na koniec ubiegłego roku zakończył się proces przygotowania raportu z zakresu opieki farmaceutycznej, tego, jak ona wygląda na świecie i jak można transponować tamte wzorce opieki farmaceutycznej do polskich realiów. I kiedy tak rozmawialiśmy w zespole, to głównym elementem, który wydawał się nam najistotniejszy i taki, który najszybciej przyniesie efekt kliniczny dla pacjentów, był przegląd lekowy, jeśli chodzi o przyjmowanie leków przez pacjentów, którzy mają wielochorobowość, którzy często używają leków zbyt dużo i u których dochodzi do polipragmazji. I w tym kierunku chcemy poprowadzić ten proces, postarać się, żeby jak najszybciej był zrealizowany. Przygotowaliśmy projekt rozporządzenia w sprawie pilotażu opieki farmaceutycznej w tym zakresie – przegląd

lekowy byłby tu pierwszym elementem. Mamy przygotowany wstępny projekt wraz z zapisami ustawowymi i planujemy w najbliższym czasie, chyba w tym tygodniu, przekazać ten projekt do prekonsultacji, a następnie, na okres dwutygodniowy, do konsultacji. Założenie jest takie: chcemy, żeby to był krótki pilotaż, żeby się zamknął w ciągu roku i żebyśmy mogli potem przenieść ten element do normalnego funkcjonowania podmiotów, aptek, które spełniają wymogi.

W kolejnym okresie chcemy skupiać się na opiece farmaceutycznej, jej usługach w innym zakresie. Obecnie, jak wiemy, jest to głównie kwalifikowanie do szczepień i szczepienie pacjentów przeciwko COVID w aptekach. Ta usługa została już uruchomiona. Analizujemy, jak wygląda sytuacja, ile aptek, ilu farmaceutów już pracuje, wiemy, ilu zostało przeszkolonych. Kończymy jeszcze kolejne elementy tego szkolenia, został wydłużony okres na dokończenie szkoleń. Będziemy to analizować w tym zakresie, a w tym tygodniu damy projekt do prekonsultacji. W ramach pilotażu będziemy chcieli realizować kolejne grupy usług, czyli pilotaż opieki farmaceutycznej, żeby punktowo, po kolei, rozszerzać każdą usługę i żeby oczekiwane efekty tych pilotaży móc wprowadzić w obręb normalnych świadczeń, gwarantowanych i finansowanych ze środków publicznych. Rozmawialiśmy również o tym, że ewentualnie niektóre usługi farmaceutyczne, w przypadku których nie jesteśmy zainteresowani tym, żeby mogły być normalnie realizowane przez farmaceutów w aptekach na zasadzie...

(Zakłócenia w tle nagrania)

...Nie mamy jeszcze żadnych projektów w tym zakresie, ale również o tym rozmawialiśmy w zespole do spraw opieki farmaceutycznej. Myślę, że najwięcej w tym zakresie może powiedzieć strona społeczna, która jest tutaj obecna. Są co najmniej 2 osoby zainteresowane tym tematem. Dziękuję bardzo serdecznie.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Oczywiście, Panie Ministrze, że są zainteresowane osoby. Chcieliśmy o tym porozmawiać, ponieważ dostrzegamy potencjał

w farmaceutach, a także w aptekach. Widzimy je jako placówki, które mogą świadczyć pewnego rodzaju usługi z zakresu profilaktyki, promocji, edukacji, a więc jest to bardzo szeroki zakres i bardzo ważny, szczególnie np. w przypadku epidemii. Teraz, tak jak pan minister powiedział, dotyczy to kwestii szczepień, ale to jest tylko jeden fragment, a nam wszystkim, jak myślę, bardzo zależy na tym, żeby te kompetencje zostały rozszerzone.

I teraz moje pytanie. Powiedział pan, że jest projekt rozporządzenia. Rozumiem, że to jest gotowy projekt, w takim razie w jakim czasie on wejdzie w życie? Bo w tej chwili nie obowiązuje.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Tak jak powiedziałem, w najbliższym czasie chcemy dokonać prekonsultacji i sprawdzić, czy założenia są prawidłowe, żeby efekty tego pilotażu mogły być wprowadzone w życie i żeby wyniki były prawidłowe. Wydaje nam się, że to jest ewidentnie najbardziej skuteczna usługa farmaceutyczna, dlatego chcemy być dobrze przygotowani w tym zakresie. Jeśli chodzi o czas, to myślę, że będzie to nawet przełom sierpnia i września, we wrześniu powinno to zostać wprowadzone. A harmonogram byłby taki, że jeszcze 2 miesiące po wejściu w życie będą sprawy technologiczne do przygotowania, później będzie półroczny okres pilotażu i analiza wyników, no i potem już wejście w życie normalnych świadczeń w koszyku świadczeń gwarantowanych. Tak że taki harmonogram widzimy na dzień dzisiejszy.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Kto z państwa chce zabrać głos?

Proszę bardzo.

**WICEPREZES
NACZELNEJ IZBY APTEKARSKIEJ
MICHAŁ BYLINIAK**

Jeszcze raz Michał Byliniak, wiceprezes Naczelnej Izby Aptekarskiej.

Pani Przewodnicząca, przede wszystkim bardzo dziękujemy za włączenie tego punktu do porządku dzisiejszego spotkania. W pierwszej kolejności muszę wyrazić w imieniu całego środowiska niezwykle zadowolenie i podziękowanie dla wszystkich stron za to, że ten temat w ogóle wybrzmiewa.

Temat opieki farmaceutycznej wydaje się być tematem pozapolitycznym. Od czasów ministra Zembali wszyscy kolejni ministrowie kontynuowali pracę nad tym tematem. Nie szła ona może zbyt szybko, ale wydaje się, że obecnie jesteśmy w momencie, w którym mamy wszystkie narzędzia potrzebne do tego, żeby zacząć już realnie wdrażać opiekę farmaceutyczną. Brakowało nam ustawy o zawodzie farmaceuty, brakowało nam wielu przepisów, które obecnie już funkcjonują. W tej chwili tak naprawdę jesteśmy po pierwszych zmianach i po umożliwieniu farmaceutom prowadzenia dodatkowej aktywności, tj. nie tylko polegającej na wydawaniu pacjentom leków, ale również na wystawianiu recept farmaceutycznych w dużo szerszym wydaniu, niż to było jeszcze kilka lat temu, oraz na prowadzeniu szczepień przeciwko COVID. Mamy tu już pierwsze doświadczenia, o których pan minister mówił. W aptekach wszelkiego rodzaju, od najmniejszych do największych, w całej Polsce, te szczepienia zaczęły być prowadzone. Farmaceuci znajdują na to czas. Farmaceuci, nawet ci w niewielkich miejscowościach, pracujący pojedynczo, potrafią zaszczepić wielu pacjentów dziennie. Oczywiście trochę trudno jest to oceniać w czasie wakacji, po wakacjach będziemy widzieć pełną skalę tego procesu. Niemniej jednak widzimy, że jest tu potencjał wśród farmaceutów i aptek. Z drugiej strony widzimy ogromne zainteresowanie pacjentów, bo gdyby ci pacjenci do aptek nie przychodzili, to farmaceuci nie mieliby kogo szczepić. Tak więc widzimy, że to, mówiąc krótko, działa. I widzimy, że z jednej strony te wszystkie intuicje u nas, w kraju, a z drugiej strony doświadczenia z krajów, gdzie opieka farmaceutyczna funkcjonuje... One po prostu działają.

Z naszej strony jest pełna otwartość i chęć do tego, aby nad tym procesem pracować. Wszelkie możliwe narzędzia tak naprawdę są już w przepisach, chociażby te odnośnie do kwestii szkoleń, kursów kwalifikacyjnych. Ujęto niemalże wszystkie kwestie pozwalające na to, aby fizycznie rozpocząć w aptekach daną działalność.

Oczywiście kwestie zdefiniowania konkretnej usługi, określenia zasad jej prowadzenia oraz finansowania są przed nami. I to jest na pewno duże wyzwanie, które będzie nowością dla wszystkich stron, ponieważ takich usług i tego rodzaju finansowania usług do tej pory w aptekach nie było, a kwestie covidowe są traktowane, tak bym powiedział, ekstraordynaryjnie. Jeżeli chodzi o tego rodzaju świadczenia w przyszłości, to one na pewno będą bliższe temu, co się dzieje w podmiotach leczniczych niż temu, co się obecnie dzieje ze szczepieniami.

Oczywiście wskazujemy na to, że potencjalnych obszarów, w których farmaceuta może prowadzić różnego rodzaju interwencje, jest wiele. Są 3 takie podstawowe obszary. Ten, od którego zaczęliśmy, czyli dotyczący szczepień przeciwko COVID, jest obszarem powiększania dostępu czy poprawy dostępności świadczeń. Takim przykładem są właśnie szczepienia przeciwko COVID, takimi szczepieniami są możliwe szczepienia przeciwko grypie, które tak naprawdę są o wiele łatwiejsze do przeprowadzenia niż same szczepienia przeciw COVID, a pole do poprawy stanu obecnego jest tam bardzo, bardzo duże. W raporcie przygotowanym przez zespół ministerialny jest również usługa opisana określeniem „drobne dolegliwości”, polegająca na przekierowaniu do aptek części pacjentów, których dolegliwości są proste do zdiagnozowania i następnie do leczenia, aby odciążyć lekarzy POZ, którzy, jak wiemy, są obecnie bardzo obciążeni. To z jednej strony. Z drugiej strony wszyscy na tej sali wiemy, jakie jest miejsce Polski, jeżeli chodzi o liczbę lekarzy na 10 tysięcy pacjentów. Tak że mamy tutaj duże pole do tego, aby przekierować do aptek część pacjentów – wzorem innych państw w Europie, ale też na świecie.

Drugi obszar jest obszarem poprawy *compliance*, czyli tak naprawdę poprawy przestrzegania zaleceń lekarskich. Tutaj, jak myślę, pan Piotr Merks będzie miał merytorycznie dużo więcej do powiedzenia, więc nie będę tego w tej chwili rozszerzał. Niemniej jednak ten obszar jest niezwykle pojemny i mający ogromny potencjał do tego, aby z jednej strony poprawić komfort życia pacjentów, wyeliminować sytuacje, w których problemy zdrowotne pacjentów wynikają chociażby z nagromadzenia się różnego rodzaju przyjmowanych leków czy też z kaskad lekowych i ich konsekwencji. Z drugiej strony jest obszar, który jest obecnie absolutnie

niediagnozowany, czyli tak naprawdę oszczędności w tymże wymiarze, które biorą się właśnie z wyeliminowania różnego rodzaju błędów w stosowaniu farmakoterapii, oczywiście takich błędów, które można wyeliminować, takich, które są łatwe do wyłapania. Przypominam, że na co dzień polskie apteki odwiedza ok. 2 milionów pacjentów. Farmaceuci dzięki odpowiednim narzędziom, które byłyby im dane, będą w stanie te błędy eliminować – we współpracy z lekarzem czy też bezpośrednio z pacjentem.

Trzeci obszar, który obecnie jest również obszarem z ogromnym potencjałem, dotyczy bardzo szerokiej profilaktyki. Wiem, że pani przewodniczącej ten temat jest bardzo bliski. Wiemy o tym, że chociażby planowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia różnego rodzaju badania przesiewowe, proste badania ankietowe mające na celu badanie właśnie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa czy też związane z walką z otyłością, z paleniem papierosów, z wykrywaniem ryzyk nowotworowych tak naprawdę są już teraz prowadzone na świecie przez farmaceutów. Nie są to rzeczy skomplikowane. Tak naprawdę wymagają jasnego określenia potrzeb ze strony płatnika, ze strony Ministerstwa Zdrowia, ale ze strony farmaceutów jest ogromna otwartość i chęć, żeby w to się włączyć. Oczywiście, ponieważ jest to coś nowego, coś, co do tej pory w aptekach nie funkcjonowało, to musimy mieć świadomość tego, że będą się pojawiały różnego rodzaju problemy, chociażby związane z wdrażaniem takiej zmiany. Niemniej jednak liczymy na to, że przy odpowiednim poziomie dobrej woli i chęci osiągnięcia tego celu, który sobie stawiamy, czyli poprawy dobrostanu pacjentów, bez większego problemu z tymi wyzwaniem sobie poradzimy. Przy odpowiednim nastawieniu i kooperacji wszystkich interesariuszy bez problemu sobie z tym poradzimy. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Na tym polega postęp, że zawsze jest coś nowego, co się wdraża, bada, dopiero wtedy możemy mówić o tym, że następuje rozwój pewnych dziedzin. W tym przypadku akurat ta opieka farmaceutyczna w mojej ocenie nie budzi żadnych wątpliwości. Działania z obszarów, które

państwo tutaj proponujecie, są naprawdę bardzo ważne i jest szansa, że właśnie w aptekach, dzięki wiedzy farmaceutycznej, będą mogły być realizowane. Tym samym odciążą się pracowników medycznych bezpośrednio zatrudnionych w szpitalach czy w przychodniach, skąd często płyną takie sygnały, że po prostu brakuje tam czasu na edukację, na promocję i na profilaktykę. Tak że, reasumując to, co pan powiedział, powiem tak: rozumiem, że najważniejszą kwestią, o której tutaj powinniśmy dzisiaj mówić, jest kwestia czasu, tego, aby ten pilotaż rozpoczął się jak najwcześniej. W większości jesteście państwo gotowi do podjęcia tego typu wyzwań, chodzi teraz tylko o to, aby ministerstwo przyspieszyło z tymi pracami i żebyśmy mogli mówić, powiedzmy, za pół roku czy po kilku miesiącach, że temat został, no, nie chcę powiedzieć, że zakończony, ale że jest w trakcie realizacji i że udało się przyspieszyć, pomóc państwu w rozwiązaniu tych zadań.

Czy ktoś jeszcze?

Proszę bardzo.

(Przewodniczący Związku Zawodowego Pracowników Farmacji Piotr Merks: Szanowni Państwo, Piotr Merks, Koalicja na rzecz Szczepień w Aptekach oraz Związek Zawodowy Pracowników Farmacji...)

Momencik, momencik, nie udzieliłam panu na razie głosu, mamy tu głos z sali. Za chwilę udzielię panu głosu.

Dobrze. Proszę bardzo.

(Przewodniczący Związku Zawodowego Pracowników Farmacji Piotr Merks: Dziękuję.)

**PREZES ZARZĄDU
ZWIĄZKU PRACODAWCÓW APTECZNYCH
„PHARMANET”
MARCIN PISKORSKI**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Marcin Piskorski ze Związku Pracodawców Aptecznych.

My reprezentujemy co czwartą aptekę w Polsce, więc na podstawie dużej bazy aptek mogę powiedzieć o doświadczeniach, które już zebrano w ramach udzielania pierwszych usług w Polsce, a mianowicie szczepień przeciwko COVID.

Tak jak państwo wiecie, raptem parę tygodni obowiązuje w Polsce prawodawstwo, które umożliwia prowadzenie szczepień przeciwko

COVID w aptekach, czyli tak naprawdę właśnie teraz polskie apteki weszły w świat świadczenia usług prozdrowotnych. Dołączyliśmy do tego ekskluzywnego, zaszczytnego grona europejskich aptek, które świadczą usługi prozdrowotne. I, proszę państwa, w ciągu tych kilku tygodni w środku sezonu wakacyjnego już ponad pół tysiąca aptek – dokładnie 552, dzisiaj rano sprawdziłem – szczepiło polskich pacjentów przeciwko COVID. I z naszego doświadczenia wynika, że zainteresowanie tymi szczepieniami przeciwko COVID w aptekach jest odwrotnie proporcjonalne do wielkości miejscowości, w której apteka się znajduje. Apteki ewidentnie wypełniają lukę dostępnościową, zwłaszcza w tych mniejszych miejscowościach. I to jest takie pierwsze, najważniejsze doświadczenie.

Drugie. Z mojej wiedzy, którą zebrałem też dzisiaj rano wśród członków naszego związku, wynika, że co najmniej kolejne kilkaset aptek czeka w tej chwili, żeby dołączyć do tego programu świadczenia usług, tj. szczepienia na COVID. Uważamy wobec tego, tak jak powiedział pan prezes Byliniak, że jest to całkiem duży sukces, bo jeżeli w środku wakacji w ciągu kilku tygodni tak duża liczba aptek dołączyła, to znaczy, że ten program ma naprawdę potencjał, że usługi w aptekach mają potencjał do tego, żeby być rozwijane.

Chciałbym też zwrócić uwagę, że dzisiaj rzeczywiście mamy taki moment zwrotny i chciałbym, żebyśmy go wykorzystali. Doświadczenie krajów, w których usługi w aptekach są bardzo rozwinięte, pokazuje, że czasami impulsem do rozwoju tych usług był właśnie jakiś kryzys, np. zdrowotny, pandemiczny, kiedy dokonywano pewnych działań, a potem nie przestano ich prowadzić, tylko regulator jakby szedł z tym dalej. Rzeczywiście dzisiaj mamy, proszę państwa, taką sytuację, tak jak powiedział prezes Byliniak, że mamy zrobioną całą infrastrukturę prawną, mamy pierwszą usługę, mamy przeszkolonych farmaceutów, właściciele aptek, farmaceuci dokonali zmian organizacyjnych, HR-owych czy wszelkich innych w swoich placówkach aptecznych, żeby tych pacjentów można było szczepić. Tak naprawdę mamy dzisiaj gotową infrastrukturę do tego, żeby kolejne usługi wprowadzać. I kiedy rozmawiam z właścicielami aptek albo z farmaceutami na temat tego, co im przeszkadza w tym, żeby jeszcze mocniej wejść w program szczepień COVID-19, to oni mówią tak:

informacja ze strony regulatora mówiąca o tym, że to nie jest jednorazowa akcja, tylko że my na tej podstawie będziemy mogli iść dalej i wprowadzać kolejne usługi, byłaby dla nas naprawdę dużą zachętą. Proszę państwa, to jest ogromna praca – szkoleniowa, organizacyjna, ale także finansowa. Myśmy to szacowali. Przeorganizowanie, zorganizowanie punktu szczepień to jest kilka tysięcy złotych. Uważamy, że byłoby bardzo dużym marnotrawstwem energii, pracy, finansów, pieniędzy całego środowiska, gdyby ta akcja okazała się jednorazowa. Dlatego uważamy, zgodnie z tym, co powiedział pan minister i pan prezes Byliniak, że następną taką usługą, którą powinno się wprowadzić, powinny być właśnie szczepienia przeciwko grypie. Tak właśnie było w Europie Zachodniej. Infrastruktura już jest, brakuje odpowiedniego rozporządzenia.

Proszę państwa, myśmy w naszym środowisku we współpracy z firmą PEX Pharma wyeksportowali takie 9 usług prowadzonych w aptekach w Europie Zachodniej, które by były łatwe do wprowadzenia właśnie jako kolejne przykłady rozwijania sfery usług w aptekach; one są zawarte w naszym raporcie. Są to takie usługi: realizowanie programów profilaktycznych, wykonywanie badań kontrolnych, szczepień, o których już wspomnieliśmy, doradztwo w zakresie zapobiegania uzależnieniom, o którym też mówił pan prezes Byliniak. Okazuje się, że obecnie w Europie Zachodniej apteki leczą np. z nikotynizmu, a w Polsce prawie w ogóle nie ma przychodni leczących osoby uzależnione od palenia. Wśród tych usług aptek jest także doradztwo żywieniowe, w tym dla osób z chorobami metabolicznymi, dowóz leków do domu, ogromna sfera działalności edukacyjnej, spersonalizowany system dozowania leków oraz nauka obsługi oraz wynajem sprzętu medycznego.

Dlaczego te 9 usług? Proszę państwa, bo my zapytaliśmy... Nawet nie my, to firma PEX Pharma przeprowadziła ankietę wśród bardzo dużej, reprezentatywnej grupy 2 tysięcy 146 aptek na temat tego, jakie usługi byłyby łatwe i szybkie do wdrożenia, od czego moglibyśmy zacząć. Proszę państwa, ten system, który jest w aptekach w Europie Zachodniej, gdzie jest, powiedzmy, kilkadziesiąt usług, budował się latami, tak jak mówiliśmy. Myśmy stwierdzili, że od czegoś trzeba zacząć. I te 9 usług, o których powiedziałem, to były takie, co do których ponad 2 tysiące 100 zapytanych aptek wyraziło wolę i chęć oraz

stwierdziło, że są w stanie dosyć szybko je wprowadzić. Wobec tego przekazaliśmy dzisiaj państwu ten raport – przekazemy go też za chwilę w wersji elektronicznej sekretariatowi komisji – prosząc właśnie, proszę państwa, dokładnie o to, żebyśmy może, na podstawie tego, co powiedzieli pan minister, pan prezes Byliniak i pani przewodnicząca, krok po kroku... Skoro dzisiaj mamy już infrastrukturę gotową do tego, żeby realizować szczepienia przeciwko COVID, to być może takim logicznym następstwem... tj. następny taki program powinien dotyczyć właśnie szczepień przeciwko grypie. A potem poprosimy państwa, żebyście się przyjrzeni tym wymienionym usługom, bo być może powinniśmy krok po kroku, że tak powiem, wyciągać te konkretne usługi i doprowadzać do tego, żeby one były wprowadzone w polskich aptekach.

Nasze doświadczenia związane z prowadzeniem szczepień przeciwko COVID jest takie, że poza zmianą prawną, poza zmianą organizacyjną wymaga to też przyjęcia pewnego rodzaju schematu postępowania. NFZ stanął tutaj rzeczywiście na wysokości zadania, przygotował dla farmaceutów sposób postępowania określający, w jaki sposób należy przygotować ten punkt, w jaki sposób należy postępować z pacjentem, farmaceuci uzyskali szkolenia. I, proszę państwa, to się po prostu udało. Wobec tego prosimy jeszcze o to, żeby przy pomocy senackiej Komisji Zdrowia rzeczywiście uruchomić ten program i wprowadzać kolejne usługi, bo w tych krajach, gdzie ich jest kilkadziesiąt, właśnie tak to się odbywało. A te 9 usług, które myśmy zaproponowali, to są takie, które, jak uważamy, nie wymagają dzisiaj wielkich zmian prawnych. To są jakieś drobne regulacje, jakieś wewnętrzne regulaminy, być może jakaś procedura, być może jakieś rozporządzenie. Tych usług, o których mówił pan prezes Byliniak i pan minister, usług stricte farmaceutycznych, które rzeczywiście wymagają oprzyrządowania prawnego, my nie dotykaliśmy, bo uważamy, że to jest domena Ministerstwa Zdrowia. Te nasze usługi to są takie, które są łatwo wprowadzalne. I uważamy, że w ciągu kilku miesięcy, o których wspomniała pani przewodnicząca, rzeczywiście jesteśmy w stanie implementować te usługi do polskich aptek. A tak jak powiedział pan prezes Byliniak, w aptekach w Polsce odbywają się 2 miliony wizyt dziennie. A mamy 12 tysięcy aptek, proszę państwa, w których pracuje ok. 30

tysięcy farmaceutów. To jest ogromny potencjał. Uważam, że śladem wyżej rozwiniętych krajów powinniśmy wykorzystać cały ten potencjał do tego, żeby podnieść poziom zdrowotności obywateli. A tak to się stało w tych krajach, które to zaczęły wykorzystywać 20, 30 lat temu. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Czy jeszcze ktoś chce zabrać głos?

Proszę bardzo.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przepraszam, Pani Senator, wcześniej jeszcze zgłaszał się pan doktor. Przepraszam bardzo. Proszę, udzielam głosu.

**PRZEWODNICZĄCY
ZWIĄZKU ZAWODOWEGO
PRACOWNIKÓW FARMACJI
PIOTR MERKS**

Bardzo dziękuję.

Szanowni Państwo, chciałbym tylko powiedzieć, że my też zajmujemy się badaniem opinii społecznej. Badaliśmy to w 2 aspektach. Zbadaliśmy opinie pacjentów korzystających z usług farmaceutów stricte w narodowych punktach szczepień. I muszę państwu powiedzieć, że na kilka tysięcy osób, które zostały przebadane ankietą... Wzięliśmy pod uwagę 2 aspekty. Po pierwsze, taki, czy szczepienia były wykonywane przez farmaceutów profesjonalnie. I tu osiągnęliśmy właściwie 100% satysfakcji. Zapytaliśmy, czy chcieliby oni kolejne szczepienia wykonywać w aptece, i też osiągnęliśmy 100% satysfakcji. Kolejny element to były inne szczepienia, które ewentualnie, tak jak to na grypę, mogłyby być przeprowadzane w aptekach. Zapytaliśmy, czy pacjenci by się zgodzili, i tutaj też praktycznie 100% satysfakcji. Obecnie jesteśmy już w połowie badań w aptekach. To jest bardzo ważne. Powtarzam zawsze takie przysłowie, że ufamy Bogu, ale dane są najważniejsze. A w przypadku tych aptek, które biorą udział, a właściwie wszystkie biorą udział w projekcie, który realizujemy przy wsparciu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Wydziału Medycznego,

za co oczywiście dziękuję władzom, wyszło nam bardzo podobnie. Przede wszystkim wygrała dostępność – pacjenci mówią, że mają minutę do takiej apteki i znacznie prościej im dojść tam niż do punktu szczepień. Poza tym zwrócili uwagę na to, że nie trzeba stać w dużej kolejce, tylko właściwie z marszu można wejść do apteki na szczepienie – za to bardzo dziękowali i zwracali na to uwagę w ankiecie. Oczywiście w większości stwierdzili jasno, że można by było to kontynuować, bo to jest bardzo dobre rozwiązanie. Tak więc to jest jedna z kwestii, które budzą tutaj... Powiem szczerze: jak przeczytałem te ankiety i zaczęliśmy je analizować, wzbudziło to po prostu bardzo ciepłe emocje w związku z tym, że tak wysoko to oceniono. To był po prostu strzał w dziesiątkę. Dziękuję wszystkim, którzy tutaj nad tym pracowali. Bardzo dziękuję.

Szanowni Państwo, kolejny temat to *compliance* i *adherence*. W przypadku nowych usług... To jest to, o czym tutaj wcześniej pan prezes Byliniak wspominał. Ja będę oczywiście zwolennikiem przeglądu lekowego, który pokaże główne problemy związane z interakcjami, z nakładaniem się różnych leków, które potencjalnie są przepisywane przez różnych lekarzy, ale też jednej usługi, którą właściwie mamy już niejako skończoną, przebadaną, tj. usługi „Nowy lek”. Kończymy już właściwie podsumowywanie tego projektu. Dzięki pracy pracowników aptek, farmaceutów, którzy wykonywali *follow-up* telefoniczny, uzyskaliśmy 8–10% poprawy *adherence* w przypadku migotania przedsionków. Dobiega też końca praca nad naszym bardzo dużym projektem, prowadzonym we współpracy z Polskim Towarzystwem Kardiologicznym i akcją Copozawale.pl, właśnie w zakresie edukacji pacjentów po zawale. To też ma bardzo dobre rezultaty, które niedługo opublikujemy. Skończyliśmy poza tym świetny projekt, który trwał 2 lata, w kontekście weryfikacji pacjentów, dotyczący możliwości skorzystania z aptek jako miejsca badań przesiewowych przy użyciu zewnętrznych laboratoriów. Uzyskaliśmy świetne wyniki, jeśli chodzi o te badania przesiewowe, a więc apteki naprawdę się sprawdziły.

Jeśli chodzi o listę 9 usług, o których wspominał pan prezes Piskorski, to rekomendowałbym, żeby na początku skupić się na szczepieniach oraz na przeglądzie lekowym, ewentualnie na tym, żeby jak najszybciej wprowadzić receptę kontynuowaną, usługę „Nowy lek” oraz program

w zakresie drobnych dolegliwości, bo uważam, że te usługi... Biorę tu pod uwagę także nasze badania, które cały czas prowadzę, żeby sprawdzić, która z tych usług, które na świecie są udzielane w aptekach już od bardzo wielu lat, byłaby najbardziej adekwatna. Ta kolejność, jak uważam, jest bardzo, bardzo dobra. Tak więc ja bym rekomendował, żeby najpierw skoncentrować się na szczepieniach przeciw grypie. Myślę, że sukces będzie tu tak samo duży jak w przypadku COVID-19. Przede wszystkim bierzmy pod uwagę to, czego oczekują pacjenci. A pacjenci chcą dostępności. Jak jest łatwo, jak jest prosto, jak jest szybko, to wtedy ich to cieszy.

I drugi element, mający znaczenie dla pacjenta, powiedzmy, z punktu widzenia klinicznego. Proszę państwa, największym problemem... Z uwagi na to, że przystąpimy już niedługo do pilotażu opieki farmaceutycznej i przeglądu lekowego, dokonaliśmy analizy interakcji, z którymi mamy do czynienia w aptekach. Zrobiliśmy to, obejmując analizą dosyć dużą grupę pacjentów, ok. 500 pacjentów. I najczęstszym problemem Polaków, proszę państwa, jest polifarmakoterapia. Ale nie taka, że to lekarz przepisuje dużo leków, tylko taka, że poza tymi lekami, które przepisuje lekarz – i chciałby, żeby one były brane dobrze – jest brane tysiące suplementów diety, preparatów ziołowych, proszę państwa, które niwelują jak gdyby wszystkie wysiłki lekarza prowadzące do tego, żeby utrzymać zdrowie pacjenta. Niestety, te wysiłki są niszczone poprzez wielką ilość ziół oraz suplementów diety, które są używane, a które znoszą działanie leków na receptę. Tak więc to jest gigantyczny problem. I myślę, że pokażemy tutaj, jeśli chodzi aspekty kliniczne, w jaki negatywny sposób taka dodatkowa terapia, samoordynowanie sobie leków przez pacjentów wpływa na działanie tego, co lekarze przepisują. Myślę, że to będzie bardzo interesujące zarówno dla środowiska lekarskiego, jak i dla ministerstwa.

Proszę państwa, a teraz kolejne usługi, o których chciałbym powiedzieć i o których wspominał też pan prezes Byliniak. Najpierw usługa dotycząca drobnych dolegliwości. Proszę państwa, my zaobserwowaliśmy, widzimy takie sytuacje, w których pacjenci leczą się sami. Warto byłoby jednak im tutaj pomóc. Apteka jest dobrym miejscem – jest to bezpieczne miejsce, co potwierdziły już szczepienia – do tego, żeby odciążać system ochrony zdrowia, szczególnie ośrodki

POZ, które na pewno były, powiedzmy, dociśnięte w czasie pandemii. Tak jak powiedziałem, odbywa się to przy bardzo niskim ryzyku, a jest bardzo ważne, żeby apteki czuły się bezpieczne. No i usługa „Nowy lek”, której jestem bardzo wielkim zwolennikiem. Myślę, że również pan prezes widzi duży sens tego z uwagi na wyniki badań, które już mamy zakończone. 10% poprawy to jest naprawdę duża wartość w perspektywie systemu ochrony zdrowia, obniżenia kosztów hospitalizacji, proszę państwa, tak więc oczywiście wszystkim gratuluję.

Dziękuję za zaproszenie. Myślę, że przyszłość wygląda dobrze. Wskaźniki naukowe pokazują, że jest bardzo dobrze. Dziękuję państwu bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo. Dziękuję za to zbiorcze podsumowanie tych wszystkich wątków. Poruszył pan jednak przy okazji jeden detal, który wydaje mi się dosyć istotny – i pewnie w najbliższym czasie wrócimy do tego wątku – a mianowicie dostępność suplementów na rynku. To jest kwestia sprzedaży nie tylko w aptekach, ale także w różnych innych miejscach. A branie suplementów powoduje bardzo często, tak jak pan powiedział, interakcje z lekami.

Ostatni głos, tj. pani, i będziemy dokonywać podsumowania.

**DYREKTOR OPERACYJNA
POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI
URSZULA SZYBOWICZ**

Szanowna Pani Przewodnicząca, dziękuję za udzielnie głosu.

Urszula Szybowicz, Polska Federacja Szpitali oraz Polskie Towarzystwo Koordynowanej Ochrony Zdrowia.

W imieniu obu organizacji oraz prof. Fedorowskiego, chciałbym podkreślić, że i federacja, i PTKOZ najbardziej widzą zasadność włączenia farmaceutów w opiekę nad pacjentami. Elementem koordynowanej ochrony zdrowia na całym świecie jest udział farmaceuty nie tylko w pomocy pacjentowi w aptece, ale i jego udział w zespole terapeutycznym działającym przy szpitalach. Dyrektorzy naszych szpitali niejednokrotnie

podczas luźnych, konferencyjnych rozmów zgłaszali, że pracownicy aptek, które działają przy ich szpitalach, często przecież niezwiązanych ze szpitalami, przychodzili do dyrekcji i mówili: „Pani dyrektor, pacjenci do nas przychodzą i pytają o leki, które lekarz im przepisuje. Czy lekarz nie może z nimi porozmawiać?”. I personel zawsze zgłaszał, że nie ma na to czasu.

Jeżeli pacjent w tej aptece jest rzeczywiście najczęściej i ta apteka jest najbliżej tego pacjenta, bliżej niż lekarz POZ, zasadne wydaje się włączenie w proces farmaceuty, tak żeby mógł on spokojnie świadczyć takie usługi. Farmaceuci są przecież personelem przeszkolonym i chętnym do tego, aby móc pomóc pacjentowi w edukacji zdrowotnej.

Jak najbardziej popieramy te działania. Miejmy nadzieję, że coraz częściej polscy pacjenci będą mieli możliwość korzystania w aptekach z dodatkowych usług, a nie tylko zakupywania tam leków. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

I ostatnie... A, jeszcze pani senator.

Proszę bardzo, Pani Senator.

**SENATOR
ALICJA CHYBICKA**

Ja chciałabym powiedzieć, że te wszystkie słowa, które tutaj padły, to jest miód na moje serce. My jesteśmy naprawdę niesamowicie przeciążeni w opiece zarówno szpitalnej... Dzieci, które do nas trafiają, mówią, że tak samo jest w POZ, w miejscach, w których mieszkają.

Wszystko, za co farmaceuci się biorą, zawsze jest robione profesjonalnie i zawsze jest to krok do przodu, nie krok do tyłu. Którekolwiek z zadań zapisanych tu w 9 punktach przejmiecie – i to najlepiej jak najszybciej – odciążą nas, pracujących w szpitalach, odciążą lekarzy. Także pacjenci będą mieli z tego duży benefit. My naprawdę, tak jak tu pani powiedziała, nie mamy kiedy o takich szczegółach rozmawiać. No, nie mamy, bo to się dzieje kosztem walki o życie kolejnego pacjenta. W tej chwili niedobór kadry jest bardzo duży. Fajnie, że jesteście już tak ładnie

przygotowani. Pan mówił tutaj o tym, że sporo aptek jest gotowych na to, żeby wystartować.

Panie Ministrze – to jest skierowane do pana – niech pan to szybko wdraża. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dokładnie tak.
Ostatnie zdanie, pan prezes.
Proszę.

PREZES ZARZĄDU
FEDERACJI PACJENTÓW POLSKICH
STANISŁAW MAĆKOWIAK

Stanisław Maćkowiak, Federacja Pacjentów Polskich.

Szanowni Państwo!

Przez wiele lat była tylko mowa na temat opieki farmaceutycznej, a teraz widzę – i to cieszy – że ten temat wreszcie zaczyna być realizowany.

Z punktu widzenia pacjentów wszystkie usługi, o których państwo mówili, są w opiece farmaceutycznej niezwykle ważne. Dla pacjentów najważniejsza jest dostępność usług i bezpieczeństwo tych usług. W tym przypadku będzie to zapewnione.

Podam taki prosty przykład: dowóz leków do domu w czasach COVID. Mamy mnóstwo informacji o konieczności dostawy leków dla osób niepełnosprawnych, dla seniorów, którzy mieszkają w mało dostępnych miejscach, np. na czwartym piętrze. Wydawałoby się, że to jest bardzo proste, żeby zapewnić im odpowiednią usługę, ale na dzień dzisiejszy nie ma takiej możliwości. I jest prośba, żeby taka możliwość była. Bardzo serdecznie dziękuję. Chodzi o to, żeby informacja na temat tych usług mogła być przekazywana pacjentom. Teraz takiej możliwości nie ma ze względu na obowiązujące przepisy dotyczące reklamy. Dziękuję serdecznie.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.
Myślę, że ten obszar nie budzi wątpliwości. Z państwa wypowiedzi wynika, że to jest bardzo

dobrze przygotowane, wszechstronnie. Jest tu wsparcie farmaceutów, aptek, środowiska lekarskiego, pacjenckiego i senatorów. Tak więc czekamy.

Panie Ministrze, chce pan mieć sukces? Proszę jak najszybciej wdrożyć ten projekt, krok po kroku go realizować. Naprawdę będzie on miał dobre wyniki, przede wszystkim jeżeli chodzi o pacjentów.

Podsumowuję dzisiejsze posiedzenie komisji.

Co do pierwszego tematu, bezpieczeństwa lekowego to stoimy na stanowisku, że jako Komisja Zdrowia będziemy po prostu śledzić dalszy ciąg negocjacji i rozmów na temat nowelizacji ustawy refundacyjnej. Będziemy się temu bacznie przyglądać. Mam nadzieję, że wszystkie zadane pytania, wątpliwości, które się tutaj dzisiaj pojawiły, pan minister notował i weźmie pod uwagę. Ja je notowałam i za kilka miesięcy po prostu zapytam, co z tymi zagadnieniami, z tymi wątpliwościami się wydarzyło, czy one były przedmiotem rozmów.

Zwracam się tutaj do pana ministra o załączniki, o które państwo apelowali, aby rozmowa była rzetelna i oparta o fakty. Dobrze byłoby, żeby druga strona mogła rozmawiać o faktach, a nie tylko o jakichś wydumanych zapowiedziach.

Kolejna rzecz. Panie Ministrze, apeluję o to, żebyście państwo w kontekście ustawy refundacyjnej wzięli jednak pod uwagę potrzebę wdrożenia strategii zdrowotnej, a przede wszystkim elementu bezpieczeństwa lekowego, i to nie tylko na wypadek zbliżającej się czwartej fali epidemii. Strategia wieloletnia, tak jak państwo tutaj podkreślali, jest ogromnie ważna także ze względu na decyzje podejmowane przez branżę farmaceutyczną. To jest oczywiście sprawa biznesowa, ale rynek chce wiedzieć, na czym stoi, które kierunki jako kierunki priorytetowe z punktu widzenia zdrowotności są dla państwa najważniejsze. Taki wspólny dialog, mający na celu ustalenie priorytetów i połączenie ich z bezpieczeństwem lekowym jest, w moim odczuciu, niezbędny. Chodzi o to, żeby to wszystko było wspólne i żeby rzeczywiście się ze sobą spajało.

Reasumując, podsumowując, powiem na koniec, że oczekujemy pozytywnych rozmów, pozytywnych rozwiązań przede wszystkim dla dobra pacjentów. Oczekujemy dostępności do leków i tego, żeby kwestia ceny nie była tutaj najważniejszym wyzwaniem.

Czy pan minister chce jeszcze na zakończenie zabrać głos?

Proszę bardzo.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Chciałbym bardzo serdecznie podziękować i powiedzieć pani senator... Pani prof. Alicja Chybicka tak mocno podkreślała, że cały czas brakuje bardzo istotnych terapii dla dzieci. Chciałbym zapewnić, że negocjacje z firmą były bardzo dobre, skuteczne. Firma bardzo chętnie przystała na warunki zaproponowane przez ministerstwo. Są to bardzo drogie terapie, ale warunki satysfakcjonują obie strony. Mam nadzieję, że... Za chwilę projekt będzie opublikowany, a pierwsza technologia CAR-T dla dzieci będzie dostępna już od września.

Wszystko sobie tutaj wynotowałem. Jeśli chodzi o ustawę refundacyjną, to oczywiście było bardzo wiele głosów przeciwnych. Z jednej strony były oczekiwania podwyższania cen leków dla pacjentów, a z drugiej – obniżania. Ja uważam za główny cel tej ustawy to, żeby była większa dostępność do leków. Te zapisy wbrew pozorom dają możliwość większego gwarantowanego dostępu do usług zdrowotnych, do leków dla pacjentów, ponieważ dają większą gwarancję wydatków. One dają większą gwarancję bezpieczeństwa i możliwość kupowania leków. Nawet jeśli chodzi o drogie terapie, powyżej sześciokrotności... Minister ma prawo i oczywiście ta dyskrecjonalność, to, że minister ma prawo... Jeśli minister miałby prawo kupować leki za 2, 3, 4 miliony rocznie w przypadku chorób przewlekłych, to nie miałby możliwości sfinansowania jakichkolwiek terapii, które są aktualnie w programach lekowych i w aptekach. Czyli likwidujemy cały system leków powyżej 100 tysięcy zł. Ja tak mówię, ponieważ będziemy kupowali... Oczekiwanie, żeby kupować drożej, jest w pewien sposób powiązane z tym, że nie będzie nas stać na inne technologie lekowe. W tym zakresie będziemy starali się uzgodnić potrzeby wszystkich interesariuszy, tzn. wybrać najlepsze rozwiązania.

Tak samo jest z Komisją Ekonomiczną. Nie może być takiej sytuacji, że minister samodzielnie prowadzi negocjacje w sprawie wszystkich

leków. Musimy dojść do porozumienia i dać większą rolę instytucjom, które są do tego predestynowane, czyli Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Komisji Ekonomicznej i – ewentualnie ze zmienioną nazwą – komisji do spraw refundacji czy dostępności do leków. De facto wszystkie instytucje w tym zakresie działają tak samo. Rada Przejrzystości też musiałaby mieć zmienioną nazwę. I agencja, i Ministerstwo Zdrowia w tym zakresie... To tak krótko na pierwszy temat.

Drugi temat to opieka farmaceutyczna. Tu też będziemy rozmawiali z branżą, z naczelną izbą, z instytucją reprezentowaną przez pana Piotra Merksa. Sytuacja jest dość dobra. Tak jak mówiła pani prof. Chybicka, lekarze oczekują, że farmaceuci wezmą na siebie obowiązek świadczenia dodatkowych usług, wspierając lekarzy. To na dzień dzisiejszy należy do istotnych elementów pracy lekarzy, ale ze względu na dużą ilość pracy lekarze chętnie by to przekazali przedstawicielom innych zawodów medycznych. W ogóle naszym celem jest to, żeby przedstawiciele innych zawodów dopuszczać do świadczenia różnych usług, bo tylko taka opieka gwarantuje najwyższą jakość. Za rozsądne środki każdy powinien realizować ją tam, gdzie jest najlepiej do tego predestynowany.

Oczywiście na dzień dzisiejszy, w szczególności teraz, mamy dosyć mocno napięty budżet w NFZ. Trudno by było zabrać pieniądze lekarzom – mówię o tym obowiązku, o czasie poświęconym pacjentom – i przekazać te środki finansowe na rzecz farmaceutów. W najbliższym czasie będzie nowelizowana zmiana ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i będzie gwarancja wyższych nakładów na system ochrony zdrowia. Myślę, że to jest bardzo dobry element. My połączymy te dwie rzeczy. Najpierw, tak jak rozmawialiśmy, będą pilotaże, żebyśmy mogli przeanalizować, w jaki sposób to wszystko wdrożyć, a później będą już normalnie oferowane świadczenia zdrowotne i każdy pacjent będzie miał gwarancję uzyskania takiej usługi.

Mam nadzieję, że to będzie realizowane szybko, tak samo jak pani przewodnicząca. Działamy w dobrym duchu i wszystko, co robimy, robimy pod kątem pacjenta. My wszyscy, farmaceuci, lekarze, Ministerstwo Zdrowia czy Komisja Zdrowia, jesteśmy w tym procesie, ale działamy z punktu widzenia pacjenta. Dziękuję bardzo serdecznie.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze, za to podsumowanie.

Żałuję, że padło w nim słowo „ale”. Jak słyszę słowo „ale”, to wiem, że będą się piętrzyć różne problemy.

Mimo wszystko jestem optymistką i wierzę, że dzisiejsze spotkanie przybliżyło strony do dobrych rozwiązań. Powtarzam: będziemy bardzo wnikliwie przyglądać się kwestii wdrożenia tej

opieki farmaceutycznej, bo uważamy, że jest to absolutnie dobry kierunek. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie.

Dziękuję państwu za obecność, za wszystkie wystąpienia, które są dla nas bardzo ważne, bo poszerzają zakres naszej wiedzy. Bardzo dziękuję.

Do zobaczenia w mniej więcej takim samym składzie, kiedy będziemy już procedować ustawę. Wtedy zderzymy się z rzeczywistością i zobaczymy, co udało nam się po dzisiejszym posiedzeniu komisji wynegocjować. Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 11 minut 18)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy