

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI POLITYKI SENIORALNEJ**
(NR 58)
z dnia 25 lutego 2026 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej (nr 58)

25 lutego 2026 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem poseł **Joanny Borowiak (PiS)**, przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

– **informację ministra zdrowia o programach lekowych i profilaktycznych dla seniorów.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Dominika Janiszewska-Kajka** zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii oraz **Martyna Kosmal** zastępca dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia, **Magdalena Zawadzka** starszy specjalista w Departamencie Transferu Wiedzy i Spraw Społecznych Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi, **Marta Nogat** naczelnik oraz **Magdalena Szymańska** radca w Departamencie Polityki Senioralnej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, **Bartosz Mięsak** specjalista kontroli państwowej w Departamencie Spraw Społecznych Najwyższej Izby Kontroli, **Marta Puścion** główny specjalista w Departamencie Współpracy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Iwona Kasprzak** dyrektor Departamentu Gospodarki Lekami Narodowego Funduszu Zdrowia, **Katarzyna Walasek** dyrektor Biura Rehabilitacji Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego ze współpracownikami, **Edyta Kowalska** pełnomocnik wojewody małopolskiego ds. polityki senioralnej, **Monika Koziarska** pełnomocnik wojewody mazowieckiego ds. polityki senioralnej, **Joanna Bogdanowicz-Antos** prezes Fundacji Zdrowego Postępu, **Wojciech Kałkusiński** przedstawiciel Stowarzyszenia MANKO – Głos Seniora, **Mikołaj Konstanty** wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Irena Rej** prezes zarządu Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” wraz z współpracowniczką, **Olga Sierpniowska** dyrektor Biura Głównego Inspektora Farmaceutycznego, **Natalia Skarbek** przedstawicielka Biura Prasowego Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Chorób Infekcyjnych, **Zbigniew Tomczak** przewodniczący Obywatelskiego Parlamentu Seniorów, **Agnieszka Wołczenko** prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń „EcoSerce” oraz **Krystyna Lewkowicz**, **Anita Richert-Kaźmierska** stali doradcy Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska** i **Jolanta Szymańska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dzień dobry.

Otwieram 58. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej.

Witam serdecznie państwa posłów. Witam licznych gości przybyłych na dzisiejsze posiedzenie, wśród których jest mi miło powitać panią Dominikę Janiszewską-Kajkę, zastępcę dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia – dzień dobry pani. Witam panią Iwonę Kasprzak, dyrektora Departamentu Gospodarki Lekami w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, panią Martynę Kosmal, zastępcę dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia – dzień dobry. Witam panią doktor Marię Milik, lekarza inspektora nadzoru orzecznictwa lekarskiego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Może nam się pani pokazać? Przepraszam, czy może nam się pani pokazać? A, to pani. Dzień dobry, witam serdecznie. Witam panią Katarzynę Walasek, dyrektora Biura Rehabilitacji Centrali KRUS – dzień dobry. Witam panią Magdalenę Szymańską, radcę w Departamencie Polityki Senioralnej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów – dzień dobry, witam panią. Witam pana Mikołaja Konstantego, wiceprezesa Naczelnej Rady Adwokackiej.

Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Mikołaj Konstanty:

Aptekarskiej.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Aptekarskiej, przepraszam. To brzmi jakoś tak jak Naczelna Rada Adwokacka, tym razem aptekarskiej. Witamy pana serdecznie jako przedstawiciela rady Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Witam panią Magdalенę Zawadzką, starszego specjalistę z Wydziału Zabezpieczenia Społecznego w Departamencie Transferu Wiedzy i Spraw Społecznych Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi – dzień dobry, właśnie poznaję. Witam pana Bartosza Mięsaka, specjalistę kontroli państwowej w Departamencie Spraw Społecznych Najwyższej Izby Kontroli, panią Martę Puścion, główną specjalistkę w Departamencie Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta – dzień dobry. Również serdecznie witam stałe doradczynie, ekspertki naszej Komisji, panią doktor Anitę Richert-Kaźmierską oraz panią Krystynę Lewkowicz. Jest z nami również pan Zbigniew Tomczak, przewodniczący Obywatelskiego Parlamentu Seniorów, ale także stowarzyszenia alzheimerowskiego w Warszawie. Witam panią Monikę Koziarską, pełnomocnika wojewody mazowieckiego do spraw polityki senioralnej i zastępcę dyrektora wydziału rodziny i polityki społecznej – dzień dobry, dziękuję za obecność, cieszę się, że jest pani z nami. Witam panią Edytę Kowalską, pełnomocnika wojewody małopolskiego do spraw polityki senioralnej. Witam panią Barbarę Ruszkowską-Gębke z Zarządu Głównego Polskiego Związku Emerytów i Rencistów – witam serdecznie. Witam również panią Karolinę Łukasik z Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”. Czy pani jest? Dzień dobry, jest pani z nami. Witam panią Natalię Skarbkę z Biura Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Chorób Infekcyjnych – dzień dobry. Witam pana Jerzego Płókarza, prezesa Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, pana Wojciecha Kałkusińskiego, przedstawiciela stowarzyszenia MANKO. Jeśli są państwo, których nie powitałam, to przepraszam najmocniej. Jeśli państwo nie wpisaliście się na listę obecności, to zapewne z tego wynika to, że państwo nie zostaliście powitani. Zatem proszę, aby wpisać się na tę listę obecności gości, bardzo o to poproszę.

Szanowni państwo, państwo posłowie, stwierdzam przyjęcie protokołu poprzedniego posiedzenia Komisji, a na podstawie listy obecności stwierdzam kworum. Porządek dzienny dzisiejszego posiedzenia obejmuje rozpatrzenie informacji ministra zdrowia o programach lekowych i profilaktycznych dla seniorów. Proszę panią Dominikę Janiszewską-Kajkę, zastępcę dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia, o przedstawienie informacji pani minister. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Dzień dobry państwu. Pozwolą panie, że zacznę od programów profilaktycznych, jako że nadzoruję koszyk świadczeń gwarantowanych, natomiast upoważniona pani dyrektor, która jest ze mną, przedstawi informację o dostępnych programach lekowych. Jeśli chodzi o zdrowotne programy profilaktyczne, które są określone w koszyku świadczeń, które również obejmują osoby starsze, to zaczęłabym od profilaktyki raka piersi, gdzie mamy przedział wiekowy 45–74 lata. Mammografia co dwa lata może być wykonywana w pracowni lub w mammobusie, czyli również opiekujemy się pacjentkami, które mają różne ograniczenia, jeśli chodzi o dojazd do pracowni. W razie nieprawidłowości oczywiście przewidujemy pogłębioną diagnostykę. Co warto podkreślić i bardzo mocno też nagłaśniać, od 2023 r. nastąpiło rozszerzenie kryterium wiekowego z takiego zakresu 50–69 lat, czyli obniżenie do 45 lat i podwyższenie do 74 lat, na co wskazywały dostępne przeglądy systematyczne i *health technology assessment*.

Kolejnym programem, o którym chciałabym wspomnieć, jest profilaktyka raka szyjki macicy. Tutaj też mamy program zdrowotny, który uległ rozszerzeniu w 2023 r., jeśli chodzi o zakres wiekowy. Z zakresu od 25 do 59 lat podnieśliśmy górną granicę do 64 lat. Mamy tutaj dostępną cytologię co trzy lata i w grupach ryzyka co dwanaście miesięcy. Co istotne, w 2025 r. wprowadzony został test HPV HR, cytologia na podłożu płynnym co pięć lat przy wyniku dodatnim. To jest nowość. Likwidujemy cytologię klasyczną w programie profilaktycznym, tak że będziemy mieć dostępny jedyny słuszny schemat tej diagnostyki przesiewowej, czyli właśnie test HPV HR, który również, co też warto podkreślić – i myślę, że to może umykać w przestrzeni publicznej – obejmuje badanie, które będzie wskazywało na to, jak duże ryzyko podczas badania wycinka guza ma pobrany materiał, czyli bada czynniki onkogenne. To jest bardzo ważne. Trochę skracamy diagnostykę, można powiedzieć, że robimy mini-AOS w ramach koszyka programów zdrowotnych.

Kolejną kwestią i takim naszym też sztandarowym programem profilaktycznym, który jest dostępny w koszyku świadczeń gwarantowanych dla wszystkich, oczywiście w odpowiednim

przedziale wiekowym, jest przesiew raka jelita grubego, czyli kolonoskopia profilaktyczna dla osób w przedziale wieku 50–65 lat i dla osób z obciążeniem rodzinnym – lata 40–49. Posiadamy również profilaktykę chorób odtytoniowych, też przy wskazaniach w wieku 40–65 lat.

Jest w przygotowaniu bardzo ważny program przesiewowy, mianowicie profilaktyka raka płuca za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej. Rozporządzenie jest w konsultacjach publicznych, ono jeszcze nie weszło w życie, ale przewidujemy, że program będzie dostępny od 1 lipca bieżącego roku. Zakładamy, że badanie będzie przeprowadzone w grupie wiekowej 50–74 lata. Oczywiście będzie obejmowało osoby głównie palące. To jest jedno ze wskazań do przeprowadzenia tego badania. To ma na celu wczesne wykrycie raka płuca, który jest bardzo szeroko rozpoznawany szczególnie w grupie kobiet.

W profilaktyce POZ oczywiście mamy program „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”. Tutaj nie mamy górnej granicy badań, badania są wykonywane i dostępne w przedziale 20+, czyli nie mamy górnej granicy. Wykonujemy je dla osób powyżej 20. roku życia. Pacjent po zakwalifikowaniu do diagnostyki, po odpowiednim wypełnieniu ankiety jest kierowany na badania diagnostyczne, ale też na pogłębioną diagnostykę i przeprowadzona jest z pacjentem wizyta podsumowująca, która również wskazuje na konieczność wykonywania kolejnych badań w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Jeżeli oczywiście państwo będziecie mieć pytania, to zapraszamy do ich zadawania. Pani przewodnicząca, przedstawiam państwu skrót tego, co państwo dostaliście w ramach tego materiału rozszerzonego, ale po to tylko, żeby skrócić czas i przeznaczyć go na rozmowę i na pytania. Mamy też „Narodowy program zdrowia” na lata 20., który obejmował profilaktykę osteoporozy – i tutaj został przeznaczony budżet ponad 2 mln zł. Mamy też nowy program „Krajowy program działań wobec chorób otępiennych”, który został przyjęty w grudniu 2025 r. do 2030 r. Przede wszystkim ma na celu zwiększyć świadomość społeczną, zmniejszyć ryzyko zachorowania, ale też poprawić dostęp do wczesnej diagnostyki tych chorób, poprawić leczenie i opiekę, wsparcie dla opiekunów. Będzie na pewno też podstawą dla badań naukowych, jak i dostarczy ekspertom szczegółowych danych dotyczących pacjentów, którzy będą objęci tym programem chorób. Szczegółowe założenia zostaną przedstawione w toku wypełnienia tego planu, bo horyzont czasowy jest do 2030 r., natomiast tutaj będą przeprowadzone odpowiednie kampanie edukacyjne, a także szkolenia dla medyków i opiekunów. Przede wszystkim głównym, nadrzędnym celem jest poprawa diagnostyki wczesnego rozpoznawania zaburzeń funkcji poznawczych.

Pani przewodnicząca, jeżeli pani pozwoli, to przekażę głos pani dyrektor, która zajmuje się dostępem do programów lekowych, żeby opowiedziała o tym obszarze. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Proszę uprzejmie.

Zastępca dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia Martyna Kosmał:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, Martyna Kosmał, zastępca dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji.

Zaprezentuję państwu króciutko programy lekowe i program 65+, które obecnie są w refundacji. Jeżeli chodzi o zasady i podstawy prawne, to oczywiście tutaj zasady dostępu do leków refundowanych określa ustawa o świadczeniach zdrowotnych i ona gwarantuje równy dostęp dla pacjentów. Oczywiście niektóre grupy, na przykład inwalidzi wojenni, zasłużeni dawcy krwi, mają szczególne uprawnienia do darmowych leków. Jeżeli chodzi jeszcze o dodatkowe uprawnienia, które przysługują, to jest to też uprawnienie dla kobiet w ciąży, dla osób do 18. roku życia oraz właśnie osób po 65. roku życia. Jeżeli chodzi o dostęp dla pacjentów, to tak naprawdę bez względu na wiek można otrzymać lek bezpłatnie za odpłatnością ryczałtową 30–50% do limitu. Natomiast jeżeli chodzi o leki aktualnie refundowane w ramach programów lekowych czy stosowane w ramach katalogu chemioterapii – oczywiście tak, one zawsze są bezpłatne dla pacjentów, w tym dla pacjentów od 65. roku życia, natomiast, i to też wymaga podkreślenia, one są bezpłatne dla wszystkich pacjentów.

Przechodząc do tych programów lekowych, to w 2025 r., właśnie w okresie od stycznia do listopada, w ramach programów lekowych z leczenia wśród pacjentów powyżej 65. roku życia skorzystało ponad 143 tys. pacjentów. Wartość całkowitej refundacji wyniosła ponad 5,3 mld zł. Natomiast jeżeli chodzi o leki, z których pacjenci korzystali najczęściej, to była

to substancja czynna aflibercept. To był program lekowy B.70, leczenie pacjentów z chorobami siatkówki. Z tego programu skorzystało prawie 40 tys. pacjentów w tym wieku. Jest to kwota 136 mln zł. Najwyższa kwota refundacji, blisko 731 mln zł, została sprawozdana dla substancji czynnej pembrolizumab. Jest to substancja w leczeniu onkologicznym. Jest to tak naprawdę sześć programów lekowych: leczenie jelita grubego, płuca, piersi, nerki, szyjki macicy i endometrium oraz raka urotelialnego. Z tego leczenia skorzystało ponad 6,5 tys. pacjentów powyżej 65. roku życia.

Odpowiedzią na potrzeby osób starszych związane z koniecznością leczenia wielu schorzeń charakterystycznych dla tego wieku i też chorób współistniejących oczywiście jest finansowanie części leków w ramach programu leków 65+. Szanowni państwo, to są leki, które stanowią – co ważne i co wymaga podkreślenia – prawie 95% wszystkich leków refundowanych i są właśnie wpisane na ten wykaz leków bezpłatnych dla pacjentów powyżej 65. roku życia. Jeszcze z takich informacji... Może też pani dyrektor z Narodowego Funduszu Zdrowia będzie się tutaj wypowiadała, natomiast tak naprawdę, jeżeli chodzi o liczbę pacjentów, którzy dotychczas skorzystali z tego programu, to było to 9,3 mln w 2025 r. To jest średnio 3,7 mln pacjentów, którzy korzystają z tego programu. Co też dosyć często ostatnio się pojawia w przestrzeni publicznej, na ten program od stycznia do... tzn. może powiem za cały 2025 r., że było wydatkowane ponad 3 mld zł, tak że ten program cieszy się dosyć dużym zainteresowaniem i pacjenci licznie korzystają z bezpłatnych leków w aptece na receptę.

Tak że to są takie najważniejsze informacje. Oczywiście też czekam na państwa pytania. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję za przedstawienie informacji obydwu paniom.

Otwieram dyskusję. W pierwszej kolejności będą tradycyjnie państwo posłowie, w drugiej czy następnie strona społeczna, nasi goście. O głos poprosiła pani przewodnicząca Alicja Chybicka. Bardzo proszę.

Posel Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Dziękuję za tę prezentację. Niewątpliwie to, że seniorzy mają bezpłatne leki, to jest dla nich ogromny plus. Mam natomiast pytanie dotyczące dostępności do wypisywania tych leków. Czy pani, obie panie macie jakieś dane na ten temat, jak radzą sobie osoby, które nie są do końca samodzielne, które są z terenów wiejskich lub z małych miasteczek odległych od wszelakich aptek? Nie każdy senior może pójść. Czy są zrobione statystyki w grupach wiekowych? Mamy w tej chwili dosyć dużą tę grupę i ogromny rozstrzał, bo między 65. a 100. rokiem życia jest kilkadziesiąt lat, więc to jest dużo, a mamy też ponadstuletnich pacjentów. To jest jedna rzecz.

Mam podobne pytanie odnośnie do tych programów, które są przygotowane. Jak to będzie wyglądało właśnie w tej grupie, powiedzmy, 80+? O tyle, o ile ta młoda grupa, jak program startuje, to rzeczywiście kto nie pójdzie, ten nie pójdzie, ale czy jest jakiś plan dotarcia do takich seniorów seniorów, ażeby oni też mogli skorzystać z tych profilaktycznych programów? One są bardzo dobre, świetnie pomyślane, tylko my na Komisji Polityki Senioralnej cały czas martwimy się, jak to dobro ma dotrzeć do tych seniorów. Oni już nie są w stanie... Tu się aż serce ściska, że na przykład w małych wioskach ludzie zbierają recepty do jednego auta. Czyli na przykład to nie jest tak, że lekarz zapisuje i następnego dnia ten chory ma lek. Nie, bo nie ma kto pojechać. Dopiero z tą kupką recept ktoś jedzie do apteki do najbliższego miasteczka. Czy w ogóle jest pomysł na jakąś poprawę losu seniorów, tych naprawdę seniorów? Każdy senior jest bezcenny, ale ci seniorzy w pewnym wieku już są niesamowicie zależni od państwa, od systemu. Jak system będzie dobrze funkcjonował, to oni będą mieli się o wiele lepiej. Już to tutaj mówiłam, że powinny być jakieś busy, które będą dowozić lekarza. To samo jest z lekarzem pierwszego kontaktu. Wiem, bo mam w rodzinie osoby, które mają ponad 80 lat i które mieszkają w dużym mieście, we Wrocławiu, to sobie pójda, bo mają niedaleko do podstawowej opieki zdrowotnej i wreszcie się tam dostaną. A teraz co ma zrobić taka osoba, która do tego POZ ma bardzo daleko i niekoniecznie rodzina ma... Albo nie ma rodziny, albo ma jej mało, albo rodzina pracuje, albo nie ma samochodu. Czy państwo w ogóle przewidujecie coś dla tej grupy, która jest liczna? Sami państwo to wiecie. Łącznie jest ich 10 mln, ale z tych 10 mln jest wiele tych seniorów w bardzo wysokim wieku i jeszcze tych z obszarów, które mają

trudno, czyli obszarów wiejskich. To nie jest to samo co pobyt w wielkim mieście, gdzie jest jeszcze tramwaj, którym można dojechać. Seniorzy mają jakąś tam pomoc. Czy może myślicie państwo nad jakimś posyłaniem taksówek po tych seniorów? Bo przecież ten senior sam się z tego domu nie ruszy ani do apteki, ani na tę profilaktykę jedną, drugą, trzecią czy czwartą. Tylko dopiero jak ciężko zachoruje, to ktoś zawoła karetkę i zawiezie go do szpitala. Czy to tak nie jest? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Pani przewodnicząca, dziękuję za to ważne pytanie, za ujęcie się za seniorami, szczególnie seniorami w wieku sędziwym.

Bardzo proszę, udzielam głosu pani poseł Agnieszce Buczyńskiej, przewodniczącej podkomisji stałej do spraw aktywizacji społecznej i zawodowej osób starszych. Bardzo proszę.

Poseł Agnieszka Buczyńska (Polska2050):

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Wysoka Komisjo, nie ma wątpliwości, że programy dotyczące zarówno badań profilaktycznych, jak i bezpłatnych leków dla seniorów są niezbędne i potrzebne, szczególnie jeżeli mówimy o lekach, które dotyczą leczenia chorób przewlekłych, tych, które seniorzy po prostu muszą regularnie zażywać. Natomiast moje pytanie też dotyczy tego, że mamy czasami do czynienia z takim zjawiskiem, że seniorzy dostają zbyt dużo tych bezpłatnych leków, których nie są w stanie tak naprawdę zużyć, bo dostają je od różnych specjalistów. Moje pytanie brzmi: czy przewidywane jest jakieś ograniczenie dotyczące ilościowego przyznawania bezpłatnych leków z danej kategorii? To znaczy, że jeżeli mamy jednego specjalistę z jednego zakresu, drugiego specjalistę z drugiego zakresu, ale on przepisuje ten sam bezpłatny lek, to czy mamy w jakiś sposób kontrolę nad tym, czy senior nie wykupuje, czy po prostu nie bierze zbyt dużo tych leków, bo są bezpłatne? Czy mamy jakiś mechanizm kontrolny w tym zakresie?

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę, pani przewodnicząca Iwona Kozłowska.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca.

Wysoka Komisjo, szanowni państwo, tak trochę zwrócę się do pani profesor Alicji Chywickiej. Jeżeli chodzi o dowożenie seniorów do lekarza, na rehabilitację, nawet w celach kulturalnych z małych miejscowości, z wiosek, są samorządy, które to realizują i są busy, które dowożą taką osobę, która akurat tego potrzebuje, jest w potrzebie wyjazdu, zrobienia zakupów czy dojazdu na różnego rodzaju też formy wsparcia. Ten bus czeka. Byłam nawet świadkiem, jak jedna z senierek pytała burmistrza, czy może skorzystać, ale to będzie trochę trwało, bo będzie miała podawaną chemię. Burmistrz odpowiedział na to: spokojnie, tak jak długo pani potrzebuje, tak długo ten bus będzie na panią oczekiwał i spokojnie przywiezie panią z powrotem do domu. Więc myślę, że bardziej powinniśmy chyba tutaj zwrócić się do samorządów, żeby to realizowały wszystkie samorządy, bo to jest oczywiście nieobligatoryjne. Dobrze by było, gdyby samorządy wyszły naprzeciw właśnie tym potrzebom osób starszych, szczególnie z tych małych miejscowości, z tych małych gmin.

Mam też pytanie dotyczące recept. Owego czasu napisałam interpelację do Ministerstwa Zdrowia w sprawie realizacji recept w jednej aptece, a jeżeli nie można zrealizować całej recepty w jednej aptece, ponieważ nie ma danego leku, czy można ją zrealizować jeszcze w innej aptece. Czyli jest jedna recepta. Właśnie dostałam informację zwrotną od państwa. Wiem, że trwają prace nad taką możliwością. Ministerstwo Zdrowia bardzo otworzyło się na taką propozycję, żeby można było realizować jedną receptę w kilku aptekach. Wiem, dostałam informację, że rzeczywiście te prace trwają. Chciałabym właśnie państwa przy okazji o to zapytać. Na jakim etapie są te prace? Czy może już są zakończone? Czy macie państwo jakiś dobry pomysł na rozwiązanie tego problemu? Dla seniorów to też jest ogromny kłopot, kiedy mogą zrealizować część recepty, nie ma danego leku. No i co teraz, tak? W aptece też są różne odpowiedzi: może pani próbować tam, może pani spróbować..., w hurtowni nie widzę. Prawda? Sami wiemy, bo jesteśmy przecież wielokrotnie pacjentami, idziemy do apteki i te rozmowy przy okienku tak przebiegają. Tak że bardzo bym prosiła o informację. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Pani przewodnicząca, to dobrze, że są gminy, które tak opiekują się swoimi seniorami i wychodzą naprzeciw ich potrzebom, ale potrzebne jest rozwiązanie systemowe w tej kwestii. Te gminy mogą być przykładem, mogą być wzorem do naśladowania, mogą podzielić się swoimi rozwiązaniami, tzn. tym, w jaki sposób rozwiązują takie kwestie, jak wsparcie seniorów. Natomiast tego bardzo brakuje. Myślę, że warto też pochylić się nad tym.

Bardzo proszę, pan minister Stanisław Szwed.

Posel Stanisław Szwed (PiS):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Wysoka Komisjo, chcę dopytać panią dyrektor o programy lekowe, które są bardzo ważną częścią leczenia. Wiemy, że wymieniała pani programy dotyczące zarówno onkologii, jak i okulistyki. Dochodzą do nas informacje, że część tych programów nie będzie kontynuowana. Czy to jest stan prawdziwy? Jakie są przyczyny tego, że część programów, które przynosiły dobre efekty, będzie zawieszona bądź też nie będzie kontynuowana?

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Panie ministrze, bardzo dziękuję za te pytania.

Ja również pozwolę sobie zabrać głos. Chcę zapytać o dwie kwestie. Najpierw zapytam o kontynuację programu, a właściwie zadania w ramach „Narodowego programu zdrowia na lata 2021–2025”, o którym piszecie w tym materiale. To się już zakończyło. To jest „Wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych, wyzwania demograficzne”. To zadanie nazywało się „Poprawa stanu zdrowia i związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych poprzez wspieranie profilaktyki osteoporozy”. Czy zamierzacie państwo, czy planowana jest kontynuacja tego całego programu, „Narodowego programu zdrowia”? Jak to wygląda? Czy są zawarte... Mamy luty 2026 r., tamten program opiewał na cztery lata, skończył się w 2025 r. To jest dla mnie niezwykle istotne. Na co seniorzy, czyli osoby, które są w wieku 60+ – bo ustawowo to jest wiek senioralny, w który się wkracza – na jakie wsparcie, w ramach jakich zadań mogą liczyć? Czy ten program jest już napisany? Czy i kiedy wchodzi w życie? Jakie są losy kontynuacji?

Druga sprawa jest następująca. Wpłynęło do mnie pismo Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, pismo Zarządu Głównego. Jest to organizacja pożytku publicznego. Państwo są szalenie zaniepokojeni i bardzo poruszeni zapowiadanymi przez Ministerstwo Zdrowia zmianami w wykazie bezpłatnych leków dla seniorów 65+, dla dzieci do 18. roku życia oraz kobiet w ciąży chorujących na cukrzycę. Pozwolę sobie odczytać dwie sekwencje z tego pisma. Nie będę czytała państwu całego pisma, choć zasługuje na to, ale to są najważniejsze kwestie. „Przewidywalność i pewność leczenia są dla pacjenta równie istotne jak sama skuteczność farmakoterapii, a zagrożenie jej ciągłości podważa fundamentalny sens leczenia”. I dalej: „Zapowiedzi pozostawienia na liście refundacyjnej wyłącznie najtańszych preparatów mogą oznaczać znaczące ograniczenie dostępnych opcji terapeutycznych. W naszej ocenie takie rozwiązanie może w dłuższej perspektywie generować wyższe koszty społeczne i zdrowotne związane z powikłaniami”. Tutaj jest mowa o powikłaniach cukrzycy, ale państwo odnoszą się także do tych leków w ramach bezpłatnych leków dla seniorów. Ja tylko przypomnę – i cieszę się, że i pani przewodnicząca Chybicka, i panie tu wspominałyście, że to dobre rozwiązania – program bezpłatnych leków dla seniorów najpierw 75+, później 65+ wszedł w życie 1 września 2016 r. To jeden ze sztan-dardowych programów rządu Prawa i Sprawiedliwości, które miały i mają, bo on jest na szczę-ście kontynuowany, wspierać polskich seniorów. Dlatego kiedy przeczytałam o tych planach Ministerstwa Zdrowia, przyznam, że mnie zmroziło, że ma być on tak drastycznie ograniczany, że nie będzie go w ramach tych leków, które są w tej chwili refundowane. Chcę uzyskać odpow-iędz na pytanie, jak to ma wyglądać, podobnie jak z programem bezpłatnych leków dla dzieci do 18. roku życia oraz dla kobiet w ciąży. Uprzejmie proszę o informację i również o odpow-iędz na piśmie, poza tą odpowiedzią ustną. Poprosiłabym uprzejmie o taką. Czy faktycznie tak jest, że ta lista ma zostać ograniczona, czy mają na niej pozostać tylko medykamenty, specyfiki? Bardzo proszę. Pani tu kręci głową i bardzo przepraszam, z całym szacunkiem, ale na to pytanie musi odpowiedzieć Ministerstwo Zdrowia, a nie goście. Bardzo dziękuję. Więc bardzo proszę o to, żebyście panie to przekazały i w tej chwili nam odpowiedziały, jakie są plany,

bo rzeczywiście byłoby to zagrożenie dla zdrowia seniorów. Jeśli chodzi o obecne koszty życia i o to, jak funkcjonują seniorzy, to jakość życia drastycznie się obniżyła. Ostatnie badanie pokazuje, że Polacy, ponad 50% społeczeństwa, dokładnie 52%, oceniają, że ich jakość życia pogorszyła się w ostatnim czasie. Wiemy doskonale, że seniorzy wydają ogromne pieniądze na leki. Stąd właśnie też taki był zamysł ich wsparcia i odciążenia ich budżetów domowych takim właśnie programem lekowym. Mam nadzieję, że zechcecie panie rozwiązać te wątpliwości. To te moje dwa pytania. To drugie jest bardziej rozbudowane, bo dotyczy kilku programów. Bardzo dziękuję.

Czy ktoś z państwa posłów chciałby jeszcze zabrać głos? W takim razie dziękuję uprzejmie i poproszę o odpowiedź, a po uzyskaniu odpowiedzi na tę porcję pytań oddam głos stronie społecznej.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Pani przewodnicząca, może zacznę od odpowiedzi na pytanie pani poseł Chywickiej. Tam była wskazana kwestia zajęcia się pacjentami 80+, może tak powiem w skrócie, ale starszymi, aniżeli to wynika z naszych granic wiekowych wskazanych w programach. Otóż, proszę państwa, każdy nowy program profilaktyczny, jak wchodzi do koszyka, jest poddawany ścisłej analizie i opinii, rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Tutaj na przykład jest to profilaktyczna kolonoskopia. AOTMiT wskazuje nam zasadność zakwalifikowania danego świadczenia, czy w danej grupie wiekowej to badanie będzie miało charakter przesiewowy i czy jest to uzasadnione klinicznie i kosztowo. Czyli, krótko mówiąc, czy jeśli chodzi o grupę osób w danym wieku, jeżeli zostanie u niej wykryte coś w badaniu, to czy przełoży się to na dłuższe przeżycie pacjentów versus oczywiście czy koszty, które poniesie też państwo, ale i cały system, znajdą uzasadnienie w zakwalifikowaniu tego świadczenia. W naszych programach profilaktycznych te granice wiekowe są wskazywane rzeczywiście przez AOTMiT na podstawie dostępnych przeglądów systematycznych na świecie. Stąd program „Moje zdrowie” nie ma górnej granicy, dlatego że tam możemy zalecać badania diagnostyczne, które wskazują na szeroki wachlarz rozpoznań. Mamy tutaj kartę mini-COG, czyli te choroby otępienne, ale też i mamy różne badania diagnostyczne, które wskazują już na początkową fazę chorób. Ale jeśli chodzi o badania przesiewowe, zwłaszcza onkologiczne, to ta górna granica została bardzo wyraźnie określona przez ekspertów i przez AOTMiT. Co nie wyklucza skierowania takich pacjentów, którzy wykraczają poza tę granicę wiekową, czyli na przykład w przypadku mammografii poza granicę wieku 74 lata, na badanie, tu na badanie mammografii. Czyli tutaj dla tych pacjentów mamy te badania, one są dostępne nie w ramach tego koszyka, czyli w ramach umowy na profilaktyczne programy zdrowotne w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, ale tam, gdzie pacjentka trafia z podejrzeniem, z różnymi objawami, które mogłyby wskazywać na to, że jest potrzebne to badanie. Tak samo mówię o kobietach, które są w granicy dolnej, czyli młodszych kobietach, które zechciałyby się zbadać. Oczywiście tutaj też jak najbardziej w przypadku wskazań kobiety mają możliwość – nie mówię tylko o kobietach, ale również o mężczyznach – w odpowiednim wieku się zbadać.

Jeśli chodzi o dostępność i o wykluczenie osób, czyli mówimy tutaj głównie o terenach wiejskich, ale takich, gdzie rzeczywiście pacjentki i pacjenci są wykluczeni, nie mogą się dostać do niektórych badań, to na przykładzie niskodawkowej tomografii komputerowej na przykład w województwie lubelskim... Podaję ten przykład, bo będziemy z niego czerpać przy okazji wprowadzania profilaktycznego badania niskodawkowej tomografii komputerowej w raku płuca. To jest właśnie skorzystanie – na przykładzie mammobusów – z busów, w których w przyszłości mamy zamiar przeprowadzać badania takiej niskodawkowej tomografii. Mamy już to na przykładzie cytobusów, mammobusów. To się sprawdziło i rzeczywiście to jest bardzo słuszna uwaga. Nie możemy zapominać o pacjentkach, które z różnych przyczyn nie mogą dojechać na badania albo nie mają takiej wiedzy, że mogłyby z tego skorzystać. Mammobusy, cytobusy to jest kwestia też umówienia, oczywiście dobrej organizacji w ramach samorządu, o czym tutaj pani poseł powiedziała. To jest bardzo słuszna uwaga, bo rzeczywiście musimy też zaangażować lokalne samorządy w takie inicjatywy. Niestety cała organizacja nie może przebiegać centralnie, dlatego że to też jest ryzyko dużego niepowodzenia. Jeżeli sprowadzimy to do samorządów lokalnych, to województwo lubelskie i niskodawkowa tomografia komputerowa może stanowić przykład dla całej Polski i potem może być to na przykład wdrożone. Ten przykład cytobusa czy mammobusa będziemy kopiować do innych rozwiązań.

Z pytań, które jeszcze mogłyby obejmować mój zakres, ale tak naprawdę to zasięgnęłam opinii Departamentu Zdrowia Publicznego, dlatego że programy wieloletnie są w zakresie działalności tego departamentu. Rzeczywiście „Narodowy program zdrowia” został przedłużony na kolejny rok, a teraz ważą się losy programu osteoporozy. Pani przewodnicząca, tu nie odpowiem pani, czy na pewno będzie kontynuacja tego programu. Na ten moment to jest zamknięte. To trwało rok, ale koleżanki z zaprzyjaźnionego departamentu podpowiadają mi, że trwają prace nad opracowaniem... może nie opracowaniem, ale podpisaniem umów na nowy rok. To jest kwestia jeszcze nierozstrzygnięta.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Przepraszam. Czy ten narodowy program, o który pytałam, został przyjęty dokładnie w takiej samej formule na kolejne lata i na jakie lata? Czy on obejmuje takie same zadania, jakie obejmował program, który już się zakończył? Chciałabym mieć informację na ten temat. Czy pani jest w stanie ją przekazać?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Pani przewodnicząca, takich wiążących na ten moment nie, bo nie wiem, w jakim zakresie został przedłużony. Skoro nie obejmuje osteoporozy, to wywodzę, że po prostu nie w takim samym zakresie, ale wołałabym odpowiedzieć na piśmie, żeby nie wprowadzać pani w błąd.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Poproszę uprzejmie. Właśnie o to chciałam poprosić.

Teraz rozumiem, że odpowie pani na pozostałe pytania. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Martyna Kosmal:

Tak, odpowiem na pozostałe pytania. Pierwsze pytanie, które było kierowane do mnie z tej serii odnośnie do bezpłatnych leków i recept, to było pytanie odnośnie do dublowania recept i wypisywania leków bezpłatnie, rozumiem, że dla tego samego pacjenta, i powielania tego. Mamy taki art. 43 w ustawie o świadczeniach, który mówi o tym, że osoba uprawniona do wystawiania recept powinna zweryfikować w systemie, jakie świadczenia i jakie leki zostały już wypisane danemu pacjentowi. Tak że nie powinno być problemu z takimi dublowaniami.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Przepraszam, rozumiem, że system elektroniczny widzi te wypisane „S”, tak? Osoba uprawniona powinna to oglądać?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Martyna Kosmal:

Osoba uprawniona do wypisywania recept w systemie może i powinna na podstawie tego przepisu zweryfikować, co zostało wcześniej wypisane, żeby wystawić nowy lek czy kontynuację. Tak.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Czyli ten problem nie powinien występować, tak?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Martyna Kosmal:

No, nie powinien.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Ale słyszała pani, że jednak to występuje, ponieważ pani przewodnicząca Buczyńska przekazała taką informację. Wiem też, bo tego doświadczam, jeśli chodzi o moich seniorów, moich rodziców 90+, że również w przypadku tzw. „S”, czyli tych bezpłatnych leków dla seniorów, lekarz może wypisać kilka opakowań, ale nie ma takiej możliwości, żeby pacjent zrealizował je wszystkie jednocześnie. Czy jest to możliwe? Czy faktycznie na przykład lekarz może przepisać, nie wiem, dwa, trzy opakowania i pacjent może je pobrać od razu? Jak to wygląda?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Martyna Kosmal:

To zgodnie z realizacją recepty, tak?

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Czyli nie ma takiej możliwości, żeby pobrać na przykład dwa opakowania na jednego pacjenta?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Martyna Kosmal:

To zależy też od dawkowania.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Od dawkowania, rozumiem. Rozumiem. To są już takie szczegółowe pytania.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Martyna Kosmal:

Szczegółowe kwestie.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Jasne. W każdym razie rozumiem, że na to pytanie pani poseł Agnieszki Buczyńskiej pani odpowiedziała. I proszę o kontynuację.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Martyna Kosmal:

Dobrze, dziękuję. Następne pytanie, jak rozumiem, dotyczyło zamykania programów lekowych czy programów dotyczących 65+. Jeżeli chodzi o zamykanie programów, to nie mamy żadnej takiej informacji. Żadne zamykanie programów nie jest procedowane. Wszystkie programy lekowe, które są aktualnie refundowane – wszystkie leki w nich są refundowane są kontynuowane zgodnie z decyzjami, które są wydane, i nie mam informacji o żadnych zamknięciach, jeżeli chodzi o programy lekowe i leki bezpłatne dla pacjentów 65+.

Tam jeszcze było od razu takie pytanie odnośnie do ograniczenia dostępu do bezpłatnych leków. To tutaj tylko gwoili wyjaśnienia powiem państwu, że z uwagi na tak ogromny wpływ na budżet, jaki był w ubiegłym roku, te 3 mld zł, to ta lista leków bezpłatnych 65+ podlegała po prostu analizie i weryfikacji przez Departament Polityki Lekowej z uwagi na duży wpływ na budżet i aktualne problemy płatnika. To była analiza i weryfikacja. Jeżeli chodzi o jakiegokolwiek zmiany na tej liście bezpłatnych leków, to tutaj nie ma żadnych decyzji ani planów kierunkowych do jakichkolwiek zmian. Mogę tak państwu odpowiedzieć.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

W takim razie mam jeszcze tylko krótkie pytanie. Poproszę o doprecyzowanie, co to znaczy „weryfikacja listy bezpłatnych leków dla seniorów z uwagi na duży wpływ na budżet”. W jakim kierunku szła ta weryfikacja? Jakie leki zostały z tej listy zdjęte, skoro to był duży wpływ na budżet? Bardzo proszę. To jest naprawdę bardzo ważna kwestia.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Martyna Kosmal:

Nie, ta weryfikacja polegała tylko na takim zapoznaniu się i przekazywaniu informacji do Narodowego Funduszu Zdrowia. Natomiast ona nie polegała na żadnym wykreśleniu. Wszystkie leki, które były na tej bezpłatnej liście, które są aktualnie refundowane, znajdują się na tej bezpłatnej liście. Tak jak mówiłam, to jest prawie 95% leków, które są refundowane. Żaden z tych leków nie został wykreślony. One wszystkie są na tej liście. To była kwestia tylko takiego zacerpnienia informacji, czy od NFZ...

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Kontroli, jak rozumiem.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Martyna Kosmal:

Tak, dokładnie. To znaczy zapoznania się jakby z...

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Musiałam o to zapytać po tym, co pani powiedziała, bo było to dla mnie niejasne.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Martyna Kosmal:

Bardzo dobrze, że pani przewodnicząca pyta. Natomiast tak jak mówię, to była kwestia tylko zapoznania się, poznania problemu, ilu pacjentów z jakich leków korzysta, jakie są wydatki, podanie tego do informacji publicznej. Natomiast tutaj nic się w tej kwestii nie zmieniło.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Czy możemy jako Komisja poprosić, żebyście państwo przygotowali nam taki materiał z prośbą o przesłanie na adres mejlowy Komisji, jak wygląda realizacja tego programu bezpłatnych leków dla seniorów na przestrzeni ostatnich lat? Chciałabym mieć takie porównanie lat 2023–2025, bo pewnie państwo już będziecie mogli przedstawić rok 2025. To jest system elektroniczny, więc nie powinno być najmniejszego problemu. Nie musimy czekać na przetworzenie danych.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Martyna Kosmal:

Tak, bardzo chętnie prześlemy. Z roku na rok ta lista jest coraz szersza, co wiązało się z tymi corocznymi większymi wpływami na budżet. Każdy lek, który jest obejmowany refundacją i który już był wpisany na listę w danym wskazaniu o danej substancji, jest po prostu dopisywany do tej listy i tych leków jest coraz więcej. Tak że jak najbardziej prześlemy.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Takiego wykazu właśnie mi trochę zabrakło w tym materiale, dlatego poproszę uprzejmie o jego uzupełnienie w takiej formule.

Jeszcze o głos prosiła pani przewodnicząca Lidia Burzyńska.

Poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Tylko sekundkę, momencik. Jeszcze jest odpowiedź na pytanie pani poseł Kozłowskiej.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Martyna Kosmal:

Tak, realizacja recept w aptekach, tzn. jednej recepty w kilku aptekach. Jeszcze było takie pytanie. To są zmiany, o których słyszeliśmy. Wiemy, że są. One jeszcze nie weszły w życie. Są procedowane, natomiast ja ich bezpośrednio nie nadzoruję, więc my po prostu możemy zasięgnąć informacji i powrócić z odpowiedzią, jeżeli chodzi o jakieś szczegóły. Natomiast wiemy, że taka zmiana jest aktualnie procedowana.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Poprosimy uprzejmie o odpowiedź. Jest gorąca prośba, jeszcze raz poproszę, żeby ta odpowiedź przyszła na piśmie na adres mejlowy Komisji.

Bardzo proszę, pani poseł Lidia Burzyńska, przewodnicząca podkomisji stałej do spraw problemów osób starszych z obszarów wiejskich.

Poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Wysoka Komisjo, powiem tylko króciutko, ponieważ nasze spotkania Komisji Polityki Senioralnej służą ku temu, aby wyjaśnić pewne rzeczy, na pewne rzeczy, że tak powiem, zwrócić uwagę i szukać rozwiązania czy inaczej – porozumienia. Tutaj było zadane pytanie dotyczące tych specjalistów, lekarzy, którzy wydają recepty na te same leki. Oczywiście lekarz powinien to sprawdzić, ale nie musi. Zatem moje pytanie jest następujące. Czy ministerstwo podjęło albo rozważa podjęcie takich działań, aby system był tak przygotowany, tak skonstruowany, że lekarz wypisując dany lek, ma błyskotliwego informatora, że ten lek jest przepisany przez innego specjalistę? Według mnie to jest kwestia opracowania takiego systemu, takiego programu, który by przedstawiał takie informacje, że tak powiem, punktowo czy nawet głosowo. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Jeszcze o głos poprosił pan poseł Stanisław Szwed.

Poseł Stanisław Szwed (PiS):

Dziękuję bardzo.

Dopytam, bo jest przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia. Te informacje, które się pojawiały, kontynuacja programów lekowych w Polsce na przełomie lat 2025–2026 jest zagrożona ze względu na poważne problemy finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia oraz ogromne zadłużenie wobec szpitali. Szpitale sygnalizują, że nie otrzymały ponad 2 mld zł na terapie już podane pacjentom w ramach programów lekowych. Pani dyrektor przekazała, że wszystkie programy są kontynuowane. Chciałbym potwierdzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia, czy tak faktycznie jest.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo poproszę o odpowiedź przedstawiciela NFZ. Bardzo panią proszę. Proszę jeszcze o przedstawienie się do mikrofonu.

Dyrektor Departamentu Gospodarki Lekami Narodowego Funduszu Zdrowia Iwona Kasprzak:

Dzień dobry, Iwona Kasprzak, Narodowy Fundusz Zdrowia. Jestem dyrektorem Departamentu Gospodarki Lekami.

Rzeczywiście, to zagadnienie zostało początkowo tak sformułowane, że pani dyrektor z Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji odpowiedziała tutaj, że wszystkie programy są kontynuowane. To jest prawda. Jeśli chodzi o tę część finansową i to, o czym tutaj pan przed chwilą powiedział, to obecnie trwa proces rozliczania roku 2025. Tam rzeczywiście w znacznym zakresie zostały wypracowane przez świadczeniodawców nadwykonania i oddziały wojewódzkie zostały zasilone dodatkową kwotą środków. Obecnie trwa proces właśnie tych ustaleń, żeby te kontrakty z roku 2025 zostały uregulowane i w całości zapłacone. Są też takie wytyczne do oddziałów wojewódzkich, które dalej będą dystrybuowane do ośrodków, że 100% świadczeń wykonanych w programach lekowych, jak i leków, które zostały pacjentom zastosowane właśnie w programach lekowych, będzie uregulowane i zapłacone.

Jeśli chodzi o rok 2026, to warunki dla poszczególnych świadczeniodawców, które zostały uzgodnione, nie w każdym zakresie może w pełni odpowiadać bieżącemu zapotrzebowaniu na te usługi, na świadczenia opieki zdrowotnej, ale staramy się dostosowywać te kontrakty na bieżąco i każdy z dyrektorów oddziałów wojewódzkich monitoruje tę sytuację związaną z zapotrzebowaniem na te usługi i te programy lekowe. Zarówno świadczenia, które są udzielane dla dzieci i dla innych grup społecznych, są, myślę, priorytetem i zawsze są na pierwszym miejscu, jeśli chodzi o to zapewnienie finansowania. Tak że z perspektywy finansowej ten proces trwa. Być może są jakieś niepokoje związane z tym rozliczaniem, bo to jest proces, który jest czasochłonny. To trzeba powiedzieć. Tutaj trzeba przeanalizować tę sprawozdawczość, która została przekazana przez świadczeniodawców, ale powiedziałabym, że jeśli chodzi o rok 2025, te wytyczne wyraźnie wskazują na pełne uregulowanie tych płatności zarówno za leki, jak i za świadczenia. Myślę, że tutaj takiego niebezpieczeństwa nie ma. Rzeczywiście pewne niepokoje się pojawiły i są kierowane do Narodowego Funduszu Zdrowia. Staramy się na bieżąco odpowiadać na te wszystkie wątpliwości, które są zgłaszane. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Czy pan minister jest usatysfakcjonowany odpowiedzią?

Poseł Stanisław Szwed (PiS):

Mam informację ze szpitali. W ostatnim czasie dość często byłem pacjentem i właśnie korzystałem z programów lekowych i wiem, że był kłopot z rozliczaniem 2025 r. i jest problem zapewne w 2026 r., czyli z kontynuowaniem programów. To zgłaszają ci, którzy wykonują te programy.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Poproszę panią o odpowiedź, z czego w takim razie wynikają te rozbieżności w tym, co pani powiedziała, a tym, o czym mówią szpitale. Nie ukrywam, że jeśli chodzi o programy lekowe dotyczące chorób wzroku, również miałam takie informacje i przekazywano mi obawy, że tego typu cięcia mogą mieć miejsce i wtedy nie będzie możliwości kontynuacji leczenia pacjentów objętych takim programem. To w przypadku chorób wzroku czy innych chorób również, ale w tym przypadku w sposób szczególny rzutuje na funkcjonowanie pacjenta. Poproszę uprzejmie o odpowiedź.

Dyrektor departamentu NFZ Iwona Kasprzak:

Dziękuję bardzo.

Tutaj powiem coś, o czym mówi się powszechnie. Ten deficyt Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2026 jest szacowany w wysokości 23 mld zł. To jest taka kwota, której na dzień dzisiejszy brakuje w naszym planie finansowym, ale tak jak było też w roku 2025, te środki finansowe były uzupełniane kolejno transzami z budżetu państwa i że tak powiem, te zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia były na bieżąco regulowane. To prawda, że wpływają pojedyncze sygnały dotyczące problemów z dostępnością do wybranych świadczeń w programach lekowych. Mamy takie sygnały z pojedynczych województw. Wtedy dyrektorzy oddziałów wojewódzkich

starają się rozmawiać z dyrektorami placówek o tej sytuacji, która wystąpiła, tak, aby pacjenci mieli zapewniony nieprzerwany proces leczenia, żeby nie było takiej sytuacji, że zarówno nowi chorzy, którzy są kwalifikowani do świadczeń szczególnie wrażliwych, na przykład onkologicznych, ale też dotyczących chorób autoimmunologicznych, nie oczekiwali na udzielenie świadczeń, jak i pacjenci, którzy kontynuują tę terapię. Więc tak jak powiedziałam wcześniej, to jest dla nas priorytet. Mamy tego świadomość i z naszych szacunków wynika, że środki finansowe przeznaczone na rok 2026 na dzień dzisiejszy są niewystarczające. Tak jak powiedziałam, rok 2025 też był bardzo trudny. Obecnie trwa tutaj proces zapłaty za wszystkie świadczenia wykonane ponad wartości w umowach, więc liczymy na to, że w roku 2026 też ta sytuacja, po tych takich może drobnych problemach, które na początku też są do nas zgłaszane, zostanie uregulowana i że pacjenci w tym zakresie będą bezpieczni. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Mam jeszcze tylko prośbę o odpowiedź na jedno pytanie. Czy potwierdzi pani to, że w żadnym miejscu w Polsce pacjenci... czy inaczej – że terapia w obszarze programów lekowych nie została wstrzymana i że leczenie pacjentów jest kontynuowane? Poproszę również o odpowiedź na piśmie na to pytanie.

Dyrektor departamentu NFZ Iwona Kasprzak:

Dobrze, oczywiście odpowiemy na piśmie. Będzie może łatwiej, jeżeli uzyskamy taką informację bezpośrednio z regionów, czyli z oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Tak jak powiedziałam wcześniej, takie pojedyncze sygnały są kierowane, ale one są na bieżąco wyjaśniane. W naszej ocenie nie ma takich sytuacji, żeby jakikolwiek pacjent pozostawał bez leczenia z uwagi na te problemy finansowe. Oczywiście zbierzemy dokładnie takie informacje i skierujemy do Komisji te dane. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Poproszę o wyłączenie mikrofonu.

Przechodzimy do tury pytań strony społecznej. Również pani ekspert, pani doktor Anita Richert-Kaźmierska, stały doradca Komisji, jako pierwsza zabierze głos.

Stały doradca Komisji Anita Richert-Kaźmierska:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, skoncentruję się na temacie związanym z programami profilaktycznymi. Myślę, że ważny byłby tu głos geriatry. Szkoda, że nie mamy żadnego przedstawiciela, ponieważ ogromnie doceniając te programy profilaktyczne, które są realizowane – one są ważne, potrzebne – wydaje się, że brakuje w tym katalogu i wachlarzu de facto takich programów profilaktycznych, przesiewowych, dedykowanych wprost osobom starszym albo w wieku sędziwym. To jest to, o czym tutaj rozmawialiśmy. Mamy do czynienia z tzw. wielkimi zespołami geriatrycznymi. Oczywiście poszczególne programy, które tutaj zostały zaprezentowane, w jakimś zakresie odnoszą się może do tych zespołów geriatrycznych, ale wiele pozostaje zupełnie niepodjętych. Tak naprawdę działania profilaktyczne, przesiewowe mogłyby umożliwić wcześniejsze leczenie, ale przede wszystkim zachować dłuższą aktywność i sprawność seniorów, a o to nam naprawdę chodzi. Ten pierwszy taki wielki zespół to są upadki i zaburzenia równowagi. Tutaj mamy oczywiście różnego rodzaju przesłanki, które go wywołują, m.in. choroby wzroku i słuchu, które powodują te upadki, a potem to już jest lawina kolejnych ograniczeń, których doświadczają osoby starsze i poprzez które wpadają nam potem w system ochrony zdrowia. Wydaje się, że brakuje nam tu bardzo mocno tych działań przesiewowych, profilaktycznych dotyczących diagnostyki i leczenia zaćmy czy problemów z narządem słuchu.

Kolejny wielki problem to jest inkontynencja. Tutaj w ogóle nie mamy żadnych badań przesiewowych czy profilaktycznych, które by powodowały, że seniorzy zachowują aktywność. Dlaczego seniorzy nie wychodzą, zaprzestają jakiejkolwiek aktywności? Właśnie ze względu na to, że mają nietrzymanie moczu czy inne tego typu problemy.

Są zaburzenia otępienne. Mamy krajowy program i tutaj pokładamy w nim ogromne nadzieje. Jest zespół słabości, kruchości i wreszcie jest zespół jatrogenny. Myślę, że to, czego nam bardzo mocno brakuje, to całościowa ocena geriatryczna, żeby stała się powszechna, aby każdy pacjent, który w wieku 80 lat przychodzi do lekarza POZ, miał przeprowadzoną całościową

ocenę geriatryczną, czyli i te potrzeby zdrowotne, i potrzeby psychologiczne – rzeczywiście kompleksowe spojrzenie na tego pacjenta.

To, czego nam jeszcze bardziej brakuje, to są przeglądy lekowe. Odwołam się do świeżego badania, które przeprowadziło Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej. To badanie przeprowadzono na grupie 291 uczestników w wieku 65 lat i więcej z wielolekowością, czyli na takich, którzy stosowali dziesięć preparatów i więcej. I co się okazało na tych 291? U 90% pacjentów wykryto co najmniej jeden problem lekowy. 56% stosowało niewłaściwy lek. 41% miało jakąś zbędną terapię. Stan nieleczony był u 30%, za wysoka dawka leku – 18% itd. Niestety mamy tylko 560 geriatrów. Myślę, że każdy geriatra, który by tu był, powiedziałby, że pierwsze, co robi, kiedy przychodzi do niego pacjent, to przegląd lekowy. Z tej listy 30 leków, które są wzajemnie toksyczne, co więcej, które są częściowo bez recepty... Albo to jest to, o czym tutaj już była mowa, że każdy specjalista przychodzi i daje swój lek, nie patrząc na to, co dali inni. Geriatra patrzy na pacjenta całościowo. Naprawdę wygrylibyśmy lata samodzielności i lata życia tych naszych seniorów, gdybyśmy zaczęli od tego, wydaje się, prostego narzędzia. Może to by nam się kiedyś udało, gdyby Ministerstwo Zdrowia, sekretarz stanu w KPRM pani minister Okla-Drewnowicz zajmująca się sprawami senioralnymi, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – gdybyśmy doszli do konsensusu, że nawet zrobmy pilotażowo na grupie seniorów, uczestników dziennych domów Senior+, czy teraz one się będą inaczej nazywać. Mamy grupę testową, że tak powiem. Zobaczmy, jakie to jest ogromne wyzwanie. Mamy populację, na której możemy to zrobić nawet niewielkim kosztem. To znaczy to oczywiście jest koszt, ale relatywnie niewielki, a korzyści mogą być ogromne.

Więc są te badania przesiewowe, myślę, dedykowane seniorom. Czy mamy jakiś pomysł? Czy mamy jakiś program odnośnie do chorób wzroku, odnośnie do chorób narządu słuchu, odnośnie do zaburzeń krążeniowych, czyli tego, co dotyczy tych najstarszych seniorów? No i jest pytanie: czy możemy niektóre badania przesiewowe realizować w miejscu zamieszkania seniora? Mamy grupę seniorów sędziwych, którzy niestety nie skorzystają z tego programu Profilaktyka 40+. O ile młodszy dorośli z tego skorzystają, o tyle 80-latkowie – jestem ciekawa, jaki tam jest współczynnik. Więc trochę brakuje w tych programach profilaktycznych takich rzeczywiście dedykowanych osobom najstarszym. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo proszę, pani Krystyna Lewkowicz. Proszę uprzejmie. Do głosu przygotuje się pan Mikołaj Konstanty, wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Stały doradca Komisji Krystyna Lewkowicz:

Dzień dobry państwu.

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, zacznę od pytania. Chciałabym jednak jednoznacznie usłyszeć, czy ze strony Ministerstwa Zdrowia zostały wprowadzone jakieś ograniczenia w ilości wykupywanych recept. Nawet jeszcze przed Komisją wymienialiśmy z panią przewodniczącą poglądy, że podobno jest wprowadzone to ograniczenie do jednego opakowania. To jest dobrze i źle, bo każde rozwiązanie ma swoje zalety i wady. Jeszcze w zeszłym tygodniu wykupiłam dla swojego podopiecznego cztery opakowania bez żadnych ograniczeń. W związku z tym jest to dla mnie pewnego rodzaju zaskoczenie, że wprowadzono takie ograniczenie. Chciałabym uzyskać tutaj od pani dyrektor jednoznaczną odpowiedź. Czy jest jakiś przepis, który to wprowadził, i czy to obowiązuje, czy też nie? Jak widać, praktyki są tutaj różne. Niewątpliwie dochodzi u osób starszych do marnotrawstwa leków, o czym mówili tutaj przedmówcy. Opiekunowie osób starszych sygnalizują, że w przypadku wizyt czy porządków w domu wyrzucają całe siaty leków do pojemników na leki przeterminowane, nieużyte. To jest jakieś społeczne marnotrawstwo. Jeżeli takie ograniczenie byłoby wprowadzone, to z jednej strony dobrze, bo na pewno to zjawisko zostanie ograniczone, natomiast z drugiej strony często niepełnosprawny senior będzie musiał się udać do apteki po każde opakowanie, żeby wykupić kolejne. W związku z tym zapewne te opinie będą tutaj bardzo różne.

Chciałabym podkreślić tutaj i przychylić się do wypowiedzi pani Anity Kaźmierskiej, która zwracała uwagę na profilaktykę. Ona jest tutaj bezcenna. Zwróciłabym jeszcze uwagę na edukację. Ta edukacja zdrowotna powinna się zacząć w przedszkolu, nie w stosunku do osób 60+, tylko ona się powinna zacząć w przedszkolu, jak się zdrowo odżywiać, jak chronić zdrowie, jak chronić się przed zakażeniami itd. Taka profilaktyka powinna objąć wszystkie grupy

wiekowe, już począwszy od bardzo małych dzieci. Również te badania przesiewowe mogłyby uchronić seniorów od wielu przewlekłych chorób, gdyby te choroby zostały zdiagnozowane dużo wcześniej.

Proszę państwa, jeszcze jedno zjawisko, na które zwracają uwagę nasi podopieczni, a mamy na co dzień do czynienia z osobami starszymi. To jest to, że z jednej strony bez wątpienia program bezpłatnych leków jest czymś bardzo ważnym i czymś bardzo pozytywnym, tylko że osoby na przykład przewlekle chore na choroby onkologiczne, kardiologiczne sygnalizują nam, że bezpłatne leki stanowią nie więcej niż jedną czwartą ich budżetu, a trzy czwarte to są leki odpłatne. Czyli z jednej strony jest to jakaś ulga w budżecie. Z drugiej strony obciążenie lekami jest bardzo wysokie.

Jeszcze jedno zjawisko, które mnie bardzo niepokoi, a które narasta w miarę utrudnień dostępu do specjalistów. Wystarczy włączyć telewizor i tam zalewa nas fala bardzo agresywnych, sugestywnych reklam. Są leki na wszystko. W telewizorze można się wyleczyć praktycznie z wszystkiego. Na wszystkie choroby są tam leki. Niestety bardzo wielu seniorów, mając trudności w dostępie do lekarza, leczy się, jak my to nazywamy, lekami telewizyjnymi. Leki telewizyjne mają to do siebie, że są niezwykle drogie. To są bardzo drogie leki. Asortyment tych leków bez recepty rozszerza się. Te, które kiedyś były na receptę, teraz można bez problemu dostać bez recepty, tyle, że są to leki naprawdę bardzo drogie. Wystarczy pójść do apteki, kupić leki na przeziębienie, syrop, aspirynę i coś tam jeszcze, i plaster na odciski – rachunek wynosi ponad 100 zł. Jest to takie zjawisko. Z jednej strony tutaj sugerowałabym właśnie położenie nacisku na edukację na wszystkich okresach, na wszystkich populacjach wiekowych, a z drugiej strony bardzo serdecznie prosiłabym o jednoznaczną odpowiedź, czy można kupić cztery opakowania na jedną receptę, czy też trzeba cztery razy chodzić po jedno opakowanie. Z tego wynika, że jakieś ograniczenia są, skoro pani przewodnicząca na to zwróciła uwagę, to na pewno się gdzieś takie ograniczenia pojawiły. Z drugiej strony w takim razie proszę podać podstawę prawną albo proszę powiedzieć, że to jest widzimisię jakiegoś aptekarza czy jeszcze jakiegoś innego decydenta. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, pani Krystyno.

Bardzo proszę, pan Mikołaj Konstanty, wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, a do głosu przygotuje się pani Olga Sierpniowska, dyrektor Biura Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Po pani Oldze będzie pani Irena Rej, Izba Gospodarcza „Farmacja Polska”. Proszę uprzejmie.

Wiceprezes NRA Mikołaj Konstanty:

Dzień dobry, pani przewodnicząca, Mikołaj Konstanty, wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Poniekąd odniosę się do wstępu i anonsu, którym przedstawiła mnie pani przewodnicząca. To znaczy na pewno dzisiaj będę starał się w jakiś sposób jednak pozostać adwokatem seniorów.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo mnie to cieszy.

Wiceprezes NRA Mikołaj Konstanty:

Szanowni państwo, dlatego że jesteśmy rzeczywiście w takim momencie, kiedy nasze środowisko zagląda w głąb tego, co będzie się działo w najbliższym czasie. Jesteśmy wszyscy zdeterminowani i zdajemy sobie sprawę z tego, że po prostu się starzejemy.

Szanowni państwo, mam też wielką przyjemność dzisiaj reprezentować Grupę Farmaceutyczną Unii Europejskiej, dlatego że polscy farmaceuci w tym roku przewodniczą w Europie i widzimy też trendy oraz zachowania, a także potrzeby i rozwiązania, które zostały wdrożone, szczególnie w krajach Europy Zachodniej, względem starzejącego się społeczeństwa. W związku z tym, odnosząc się do tego, co mówiła pani doktor, sprawy związane z polipragmazją są tak popularne, ale także tak kosztotwórcze i toksyczne dla naszych pacjentów, że myślę, że dzisiaj już właściwie nie potrzebujemy pilotaży i weryfikacji badań naukowych, czy przeglądy lekowe mają sens. One mają sens. One powinny się dziać i powinny się wydarzyć w naszym społeczeństwie wiele lat temu z różnych powodów. Polipragmazja jest tylko jednym. Natomiast proszę pamiętać, że nadużywanie leków, niekojarzenie pewnych leków, a również antybiotykoodporność powoduje, że spojrzenie na bardzo szerokie określenie, jakim jest adherencja terapeutyczna, powinno być w rękach farmaceutów. Przykre jest to, że pomimo że Europa, właściwie cały

świat już mówi o tym, że apteki nie są miejscem dyspensacji leków albo nie powinny być miejscem tylko dyspensacji leków, ale małymi centrami zdrowia – w Polsce nadal się to nie dzieje.

Rzeczywiście jest kilka przymiotów, o których powinniśmy porozmawiać. W moim mniemaniu profilaktyka jest najważniejszym punktem, dlatego że w wielu przypadkach medycyna ratunkowa czy medycyna w kontekście leczenia czy medycyna naprawcza dochodzi do ściany, ale jednak najmniej kosztotwórcza i przynosząca największy profit jako inwestycja jest właśnie profilaktyka. Pani przewodnicząca, możemy się pochwalić, bo tu mamy sytuację, w której polskie apteki właściwie wiodą w tej chwili prym w Europie jako miejsca immunoprofilaktyki. Wprowadzenie na listy senioralne szczepionek, przy czym szczepionek przeciwko grypie, przeciwko pneumokokom, przeciwko półpaścowi czy przeciwko wirusowi RSV, spowodowało, że rzeczywiście zaczęliśmy poważnie rozmawiać o profilaktyce seniorów. Co więcej, co wpływa na poprawienie wyszczepialności i zdrowie seniorów? Szanowni państwo, to jest kilka barier, z którymi walczyliśmy od wielu lat. One rzeczywiście w wyniku pewnych działań, które przyniosła nam pandemia COVID, są sukcesywnie, a właściwie w pewien sposób patchworkowy wdrażane do polskich aptecznych punktów szczepień. Tu dziękujemy bardzo Ministerstwu Zdrowia za zaangażowanie się w ten proces. Szanowni państwo, rzeczywiście, jeżeli państwo spojrzycie na to, co wydarzyło się w zeszłym roku, to pewna kompleksowa zmiana, którą nazywamy szybką ścieżką dostępności, podczas której, pacjent może po konsultacji farmaceutycznej otrzymać refundowaną receptę farmaceutyczną na produkt immunologiczny, może uzyskać kwalifikację, może uzyskać zaszczepienie, wypełnienie elektronicznej karty szczepień oraz dokumentacji medycznej, co powoduje, że podczas jednej wizyty w aptecce pacjent jest kompleksowo objęty pełnym serwisem, który jest mu po prostu potrzebny.

Zwrócono uwagę na dostępność. Rzeczywiście populacyjna dostępność do aptecznych punktów szczepień wzrasta. Mamy ich w tej chwili 2200, co pokazuje, że ten rozwój oraz to kompleksowe rozwiązanie przynosi duży wpływ i poprawia tę wyszczepialność. Jeżeli państwo zobaczycie, że jeszcze nie zamknęliśmy sezonu grypowego, ale już mamy poprawienie rok do roku o 25% wyszczepialności przeciwko grypie – rzeczywiście musimy pochwalić seniorów. To jest grupa, która najchętniej korzysta z tego rozwiązania. Proszę zwrócić uwagę, co na to wpłynęło. To, że szczepionki zostały umieszczone na listach senioralnych, czyli ta bariera finansowa została zniesiona. Co więcej, dzięki zaangażowaniu również ministerstwa, a także przedstawicieli NFZ udało nam się zrefundować świadczenie podania. Szanowni państwo, w tej chwili mamy w Polsce 26 szczepień zalecanych dla dorosłych możliwych do realizacji w aptecznych punktach szczepień, plus, co bardzo ważne, odpłatne, jeżeli chodzi o realizację, w tym również refundowane świadczenie, żeby to dobrze zabrzmiało, podania tej szczepionki. W związku z tym ma to znamienity wpływ. Łamanie tych barier powoduje, że ta wyszczepialność nam się poprawia.

Jednakże, jeżeli państwo spojrzycie, mamy szczepionki, które zostały umieszczone na listach senioralnych, jednakże są również szczepienia przeciwko jednostkom chorobowym, które zostały wymienione enumeratywnie w rozporządzeniu, które niestety podlegają realizacji i refundacji w oparciu o te choroby towarzyszące. Szanowni państwo, jako farmaceuci mamy tutaj duży problem, dlatego że my, jak państwo wiecie, niejako zawód medyczny, nie możemy diagnozować pacjentów, a jedynie weryfikujemy w trakcie podania tej szczepionki przeciwwskazania, czyli tak naprawdę wykluczamy przeciwwskazania do podania. Jeżeli systemowo nie mamy dostępu do takich informacji, po prostu tych recept nie możemy wystawiać, co powoduje, że system jednak nie działa tak, jak byśmy chcieli. Tutaj jest prośba o to, żeby... Pomimo że farmaceuci mają dostęp do danych jako zawód medyczny, nie mogą tego realizować, dlatego że po prostu nie widzimy w systemie stwierdzonych chorób towarzyszących.

Szanowni państwo, również ważnym rozwiązaniem, które powinno być wdrożone, jest sprawa edukacji. Myślę, że rola edukatora, jeżeli chodzi o farmaceutę, jest bardzo szeroko rozpowszechniona w krajach europejskich, dlatego że jesteśmy jako apteki ogólnodostępne tym punktem z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia, do którego – uwaga, szanowni państwo – przychodzą ludzie zdrowi. To jest to, o czym mówiła pani doktor. Mamy sytuację, w której to możemy na co dzień dokonywać tych przesiewowych badań, z których niestety nie korzystamy, a do polskich aptek trafia ponad 2 mln pacjentów dziennie. Mamy systemowo stworzony punkt konsultacyjny, punkt, w którym jest zawsze dostępny farmaceuta, czyli profesjonalista, medyk, a niestety z tego nie korzystamy. W związku z tym aż prosi się, żebyśmy wreszcie rozpoczęli realizację tych świadczeń związanych z opieką farmaceutyczną czy szeroko

rozumianą konsultacją farmaceutyczną właśnie w aptekach ogólnodostępnych. Moglibyśmy zacząć właśnie od tych przeglądów, dlatego że do nich jesteśmy świetnie przygotowani, jeżeli chodzi o studia. Jest to nasz zawód, tak naprawdę misja, którą realizujemy od wielu lat, jednakże ujęcie tego w postaci świadczenia refundowanego w jakimś okresie dla seniorów jest jak najbardziej wskazane i o tym mówi na co dzień Europa.

Szanowni państwo, kończąc, chciałbym zwrócić również uwagę na potrzeby społeczne. Zjawisko immunosenescencji, czyli starzenia się układu immunologicznego, nie jest czymś nowym. Wszyscy o tym dzisiaj wiemy. Natomiast chcielibyśmy, żeby te apteczne punkty szczepień rzeczywiście mogły się rozwijać i aby te rozwiązania systemowe, które zostały wdrożone, mogły przynosić ten wynik, na którym nam najbardziej zależy, czyli poprawę wyszczepialności.

Szanowni państwo, rola edukatora to kolejne świadczenie, które powinno być wdrażane, którego nie mamy na dzień dzisiejszy. Jednakże uważamy i widzimy to rozwiązanie na horyzoncie zdarzeń, dlatego że dostęp do zawodów medycznych będzie malał. Wszyscy zdajemy sobie z tego sprawę. W związku z tym skorzystanie z tego rozwiązania systemowego, jakim jest dostęp do apteki, który jest naprawdę szeroki w naszym kraju. Patrząc na struktury europejskie, jesteśmy dokładnie w środku, jeżeli chodzi o dostępność pacjentów do polskich aptek. Jest naprawdę w naszej ocenie wystarczający. Wystarczy po prostu uzbroić te apteki w narzędzia. Mamy ludzi, mamy chęci, mamy kwalifikacje. Udowodniliśmy jako zawód medyczny, że poradzimy sobie z tym problemem. Wystarczy po prostu skorzystać z tego tematu. Dziękuję i zachęcam państwa do zaangażowania się w ten trend budowania małych centrów zdrowia, jakim będą w przyszłości apteki. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Udzielam głosu pani Oldze Sierpniowskiej, dyrektorowi Biura Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Przepraszam, jest tutaj bardzo długa lista gości i niestety odczytałam co innego.

Dyrektor Biura Głównego Inspektora Farmaceutycznego Olga Sierpniowska:

Bardzo dziękuję. Olga Sierpniowska, dyrektor Biura Głównego Inspektora Farmaceutycznego.

Pani przewodnicząca, szanowna Komisjo, szanowni państwo, jako reprezentant urzędu zajmującego się rynkiem leków, ale także jako farmaceutka z wykształcenia chciałam odwołać się do tych bardzo istotnych informacji, które już padły, o tym, że mamy niewielu geriatrów, 560 specjalistów – ale mamy 26 tys. farmaceutów zatrudnionych w ogólnodostępnych aptekach, najlepiej dostępnych, najbliższych pacjentowi placówkach ochrony zdrowia. Chciałam zainteresować szanowną Komisję i wszystkich państwa profilaktyką w kontekście zapobiegania powikłaniom lekowym, powikłaniom jatrogennym, oczywiście w kontekście polifarmakoterapii. Wszyscy zajmujący się tematyką senioralną znakomicie wiemy, że senior statystycznie przyjmuje bardzo wiele leków, a ryzyko interakcji rośnie nie liniowo, ale wręcz wykładniczo z każdym kolejnym lekiem. W 2020 r. NFZ zaraportował koszty hospitalizacji związanych z lekami. Tutaj wchodzi w to działania niepożądane i zatrucia na poziomie 50 mln zł. W 2023 r. było to już ponad 90 mln zł. Istotny wzrost być może jest związany z tym, że pacjenci przyjmują już nie tylko leki zlecone przez lekarza, ale jak tutaj moja przedmówczyni słusznie wspomniała, próbują się leczyć samodzielnie. Jeśli to samoleczenie jest jeszcze w konsultacji z farmaceutą, z lekarzem, to jak gdyby mamy przynajmniej jakąś pewność, że jest to kontrolowane, ale pacjenci bardzo często, a szczególnie seniorzy, u których te kompetencje zdrowotne nie są tak wysokie, sięgają po niestety niesprawdzone preparaty. Ta granica we współczesnym świecie dla seniora, w szczególności pomiędzy lekiem, suplementem a cudownym preparatem z internetu, niestety bardzo się zaciera. Niewątpliwie farmaceuta mógłby być takim filtrem bezpieczeństwa.

Wybrzmiało tutaj w kontekście polipragmazji, właściwie tego niewłaściwego stosowania leków, że przegląd lekowy może być jednym z rozwiązań. Przy czym to świadczenie jest mimo wszystko dosyć skomplikowane, ponieważ wymaga uwzględnienia wszystkich preparatów, nie tylko leków, ale właśnie również suplementów, wyrobów medycznych, preparatów, często też niewiadomego pochodzenia, po które pacjenci sięgają samodzielnie. Rozwiązaniem, które też leży na stole, co do którego mamy opracowany standard, są proste usługi związane z inicjacją terapii nowym lekiem. Dodam, że takie rozwiązania funkcjonują już w Europie. W ostatnim czasie analizowaliśmy m.in. w ramach grupy roboczej zajmującej się opieką farmaceutyczną tzw. usługę inhalatorową. Jest to usługa, którą pacjent może otrzymać w aptece.

Dlaczego inhalatory akurat znalazły się w centrum zainteresowania? Wszystkie leki, które są podawane za pomocą urządzenia, pena, czy to właśnie inhalatora, są dla pacjenta generalnie trudne w użyciu. Niekoniecznie dla seniora, dla każdego pacjenta, który wcześniej nie używał danego leku. Bardzo istotne jest, żeby zapoznać się z obsługą takiego urządzenia. W przypadku seniorów i pacjentów chorych przewlekłe jest to tak naprawdę inwestycja na wiele miesięcy, dlatego że pacjent będzie stosował ten lek na astmę czy na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc przez długie miesiące czy lata. W krajach takich jak Norwegia, Szwecja, Dania koszt takiej porady farmaceutycznej wdrażającej pacjenta w prawidłowe stosowanie inhalatora to jest 10 euro. Koszt wziętego leku inhalacyjnego przeciętnie jest to ok. 100 zł dla płatnika. Też przejrzałam tutaj kilka różnych typów inhalatorów. Senior ma ten lek bezpłatnie. Więc tutaj po jednej stronie jest kwota 10 euro za edukację pacjenta po to, żeby uzyskać jak największą korzyść z leku. Jednostkowa cena opakowania inhalatora to jest 100 zł. Wydaje się, że jest to coś, co być może warto było wprowadzić także u nas, bo stosunek kosztu do potencjalnej korzyści jest bardzo duży.

Jeszcze nawiązując do tego, co powiedział pan prezes – farmaceuci są bardzo blisko pacjentów i rzeczywiście czasami są pierwszymi osobami, które mogą bardzo wcześnie uchwycić u swoich pacjentów, u pacjentów, których dobrze znają, bardzo wcześnie problemy lekowe. Bardzo często farmaceuta słyszy po raz pierwszy o zawrotach głowy, problemach ze snem, o spadku apetytu u seniora. Jest takim pierwszym punktem kontaktu, który może zasugerować, że ten pacjent powinien trafić na bardziej szczegółową diagnostykę. Oczywiście tutaj wspomnę też o *adherencji*, o tym, że farmaceuta może wspierać pacjenta w tzw. zwanym *persistence*, czyli prawidłowym stosowaniu leku, ale też w takiej wytrwałości w jego stosowaniu, ponieważ to, co jest jednym z głównych problemów u seniorów, to jest zapominanie o przyjęciu leku, brak motywacji do regularnego leczenia, co oczywiście przekłada się na gorsze efekty terapeutyczne, a w konsekwencji też na wyższe koszty dla systemu. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Proszę o zabranie głosu panią Irenę Rej, prezesa zarządu Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”.

Prezes zarządu Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” Irena Rej:

Dziękuję bardzo.

Przed wszystkim chciałam podziękować pani przewodniczącej za to, że już w poprzedniej kadencji wspólnie razem walczyliśmy o to, żeby leki, które były dostępne dla seniorów bezpłatnie, te wypisywane przez podstawową opiekę zdrowotną, mogły być wypisywane też przez lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Jeszcze raz serdeczne dzięki. W końcu – długo to trwało, ale zostało zrealizowane. Natomiast lista została poszerzona dla seniorów i dodane zostały jeszcze grupy 0–18 lat i kobiety w ciąży.

Ponieważ chcielibyśmy mówić dzisiaj głównie o seniorach, to będę próbowała skupić się tutaj tylko na tym, zresztą dosyć krótko. Oczywiście śledząc to, jak wzrosło też zapotrzebowanie na leki jako producenci, bo to też trzeba było uwzględnić w naszych planach, żeby było zaopatrzenie w pełni na te leki, to widzimy, że faktem jest to, co mówili moi przedmówcy, że 65% leków refundowanych jest na listach bezpłatnych. To jest bardzo duży odsetek i że tak powiem, staramy się, żeby on był zapewniony, żeby ta ciągłość dostaw była zapewniona, tak jak jest na tych listach. Proszę się nie martwić, nikt nie zamierza usuwać nic z żadnych list. Nie marzą się nam, producentom, żadne zmiany ani nic. Nie. Ale dlaczego ja o tym mówię? Dlatego że też była taka dyskusja, czy może coś zrobimy. Owszem, myślimy o wielu rzeczach. Przed wszystkim zwracamy uwagę na marnotrawstwo. Dając te leki seniorom, musimy też patrzeć, na to o czym tutaj mówiła i pani doktor, i pozostali, żebyśmy stworzyli przede wszystkim system, który pozwoli nam na śledzenie losu tego leku. Jeżeli mam lek wydany na miesięczną kurację, to są dzisiaj recepty z odroczoną możliwością wykupienia przez trzy miesiące, nawet czasami i dłużej. To jest bardzo dobry pomysł, bo nie trzeba chodzić, ale to chodzenie co miesiąc do apteki, żeby odebrać ten lek, to jest super rzecz, dlatego że wówczas mamy możliwość rozmowy z pacjentem, mamy *adherencję*, możemy śledzić przebieg jego choroby. Mało tego, możemy mu zwrócić uwagę na zjawiska, które chcielibyśmy jeszcze pokazać, na przykład żeby nie wierzył, że witamina D to uleczy wszystko i trzeba kupować jak najwięcej, tak jak

jest w reklamach telewizyjnych. To jest też rola farmaceuty i to jest czynione. Dzięki temu, że będziemy wydawali te leki sensownie, nie będziemy potem mieli nadmiaru tych leków, o czym też tutaj wspomniano, że te leki nie mogą wrócić do systemu. Jeżeli lek zostanie wydany, on po prostu już dalej nie może być przekazany. On jest tylko utylizowany, więc jeszcze wchodzi dodatkowe koszty i ochrona środowiska. Te wszystkie rzeczy są nam znane, natomiast bardzo byśmy też chcieli i życzyli sobie, żeby była możliwość śledzić lek cały czas w tym naszym systemie e-Zdrowie. Czyli jeżeli lek jest wydany, to się świeci światełko. Pan już raz pobrał na ten miesiąc, pan może sobie przyjść za miesiąc do nas, zapraszamy chętnie, ale dopiero za miesiąc. Więc z tego co wiem, ten system do końca nie jest jeszcze funkcjonujący. On będzie ulepszany i oby jak najszybciej, bo to pomoże i lekarzom śledzić, jak wypisują, to, o czym mówiła pani doktor, żeby lekarz wiedział, jakie leki były brane, i również farmaceutom. Oczywiście rozmowa osobista jest też ważna, dlatego że w systemie nie są zapisywane suplementy, a ta grupa akurat ma dosyć duży udział w problemach po prostu z lekami, ponieważ bardzo często jeden lek znosi działanie drugiego. I tutaj też wiadomość i ta rozmowa z pacjentem, niezależnie od tego, co mówi system, jest na pewno... I dlatego obecność pacjenta w aptece co miesiąc jest bardzo pożądana. Chcielibyśmy, żeby państwo poparli ten system, nasz projekt. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę, udzielam głosu panu Zbigniewowi Tomczakowi, przewodniczącemu Obywatelskiego Parlamentu Seniorów. Jeszcze jest zapisanych kilku mówców do głosu. Mam do państwa gorącą prośbę o to, żebyście państwo jak najzwężej się wypowiadali, ponieważ o 15.30 powinna się rozpocząć podkomisja stała. Oczywiście ten czas się przesunie z uwagi na temat dzisiejszego posiedzenia, ale bardzo proszę o zwięzłe wypowiedzi.

Bardzo proszę, panie Zbigniewie.

Przewodniczący Obywatelskiego Parlamentu Seniorów Zbigniew Tomczak:

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca.

Będę mówić krótko. Mam chore gardło, tak że tym bardziej. Mam pytanie do przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Z czego wynika niższy poziom wydatków na program darmowych leków? W tych materiałach jest cyferka 88,9%.

Drugie spostrzeżenie czy uwaga jest taka, że jak patrzę na wydatki na program bezpłatnych leków, który w skali rocznej wynosi 3 mld zł, porównuję go z innym bardzo potrzebnym programem lekowym, wynoszącym 5,3 mld zł. Tutaj była mowa, że pewne rzeczy są zwijane, jeśli chodzi o program bezpłatnych leków. Czy program bezpłatnych leków nie staje się takim trochę niszowym programem?

Drugą sprawą jest to, że brakuje mi programu badań przesiewowych w kierunku raka prostaty. Nie wiem, może to jest w innym programie, ale nie znalazłem. Ostatnia kwestia to jest wizyta podsumowująca, ocena funkcji poznawczych, testy mini-COG. W materiale jest napisane „w zależności od wieku”. Co to znaczy „w zależności od wieku”? Jakie są tego kryteria? Czy to „w zależności od wieku” to znaczy 60+, czy to jest ocena lekarza? Jeśli to jest ocena lekarza, to mamy kłopoty. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie Zbigniewie.

Bardzo proszę, pani Joanna Bogdanowicz-Antos, prezes Fundacji Zdrowego Postępu. Proszę uprzejmie.

Prezes Fundacji Zdrowego Postępu Joanna Bogdanowicz-Antos:

Dzień dobry.

Ja również wypowiem się w dwóch tematach, którymi opiekujemy się jako fundacja. Pierwszy to choroba Parkinsona. Nawiążę tu do pytania pana ministra, ponieważ mamy konkretne dane dotyczące programu lekowego B.90, leczenie zaawansowanej choroby Parkinsona na województwo kujawsko-pomorskie, w którym w zeszłym roku w programie lekowym było 26 osób, w tym roku finansowany jest udział tylko 18, czyli 8 osób musi zostać pokrytych z nadwykonań i nikt nowy nie jest w stanie dołączyć do programu lekowego. Mam pytanie o to, czy to finansowanie będzie zwiększone. Dlaczego jest ograniczone? Kontaktowaliśmy się w tej sprawie z wojewódzkim oddziałem NFZ, natomiast nie otrzymujemy żadnej odpowiedzi, a kontaktujemy się

w imieniu tych pacjentów. Dostaliśmy tylko odpowiedź od szpitala, że szpital pokryje te 8 nadwykonań. Natomiast co z nowymi pacjentami? Nie są w stanie ich przyjąć.

Drugi temat to jest nawiązanie do wypowiedzi pana prezesa Naczelnej Izby Aptekarskiej, czyli szczepienia, szczepienia seniorów przeciwko pneumokokom. Inwazyjna choroba pneumokokowa to jest śmiertelność w grupie 65+ w wysokości prawie 50%. Seniorzy chcą się szczepić, natomiast obecnie dostępny program szczepień 65+ przeciw pneumokokom jest ograniczony przez 14 chorób, czyli pacjent musi mieć jedną z tych chorób. Wspomnę tylko, że przeanalizowałam wszystkie te choroby. Większość z nich to jest ok. 1% populacji 65+. W związku z czym faktycznie nie ma praktycznego dostępu do tego programu, nie mówiąc już o tym, że farmaceuta również nie może tutaj wystawić tego skierowania, ponieważ nie ma dostępu do internetowego konta pacjenta. Seniorzy chcą się szczepić, tylko nie mogą. W związku z tym, że jako fundacja walczymy tu z antyszczepionkowcami, jeżeli mamy już grupę społeczną, która się chce szczepić, to warto by było wykorzystać jej potencjał. Moje pytanie brzmi: czy program szczepień przeciw pneumokokom będzie programem populacyjnym, czyli kategorią będzie tylko wiek, a nie dodatkowe choroby towarzyszące? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo pani dziękuję.

Proszę uprzejmie, pani Agnieszka Wołcenko, prezes ogólnopolskiego stowarzyszenia „EcoSerce”. Proszę uprzejmie.

Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń „EcoSerce” Agnieszka Wołcenko:

Szanowni państwo, szanowna pani przewodnicząca, bardzo dziękuję za możliwość zabrania głosu. Jestem tutaj nie tylko w imieniu stowarzyszenia i pacjentów kardiologicznych zrzeszonych u nas w „EcoSerce”, ale również właśnie w imieniu pacjentów i Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, ponieważ pani prezes Monika Kaczmarek dzisiaj nie mogła uczestniczyć. Z uwagi na to, że bardzo mocno współpracujemy i to są choroby, które bardzo często współlistnieją, to pismo, które zostało skierowane na ręce pani przewodniczącej – my się pod tym podpisujemy. Dodatkowo jest tam jeszcze kilka argumentów, które przemawiają za tymi obawami. Jak rozumiem po odpowiedzi ze strony ministerstwa, nie ma takiego zagrożenia, że lista leków refundowanych z listy 65+ zostanie zmieniona. Czyli mamy rozumieć w ten sposób, że te leki, które są dostępne dla diabetyków, dla pacjentów kardiologicznych na liście 65+, nie zostaną po prostu usunięte. Tak to odebrałam z wypowiedzi pani z ministerstwa. Tym niemniej te obawy w naszej grupie, powiedzmy, pacjentów nadal są, dlatego że mamy świadomość tego, że w najbliższym czasie planowane jest również wprowadzenie leków generycznych w obszarze kardiologii. Nie chcę się tutaj, że tak powiem, wdawać w dyskusję, natomiast tutaj powstaje taka obawa u pacjentów, którzy po pierwsze, biorą tych leków bardzo dużo. To już też dzisiaj padło. Po drugie, jeśli jest to terapia stabilna, na którą pacjent dobrze reaguje, nie mamy gwarancji, że, nie wiem, zamiana leku ze względu na cenę nie spowoduje na przykład gorszej tolerancji. To są bardzo biopodobne leki, ja tutaj nie jestem medykiem, nie będę się w to zagłębiać. Tym niemniej takie po prostu sygnały do nas docierają, że pacjenci mają taką obawę, nie tylko seniorzy, ale ogólnie pacjenci, że jeśli wejdą leki generyczne, to będą poniekąd – w cudzysłowie – zmuszeni do tego, żeby po prostu przyjmować leki tańsze z uwagi na problemy finansowe, powiedzmy, budżetu państwa. To są po prostu informacje, które otrzymujemy od naszych pacjentów.

Nie będę kontynuować bardziej tego tematu, ale chciałabym się odnieść do wypowiedzi, które tutaj dzisiaj padły à propos programów lekowych. Jest to jeden z problemów, z którym się spotykamy, przynajmniej w obszarze kardiologii, już od ubiegłego roku. Pani dyrektor NFZ powiedziała, że są w tej chwili pomału regulowane te płatności, jeśli chodzi o zeszłoroczne wykonania programów lekowych. Tym niemniej nie ukrywam tego i powiem może wprost. Koniec ubiegłego roku w kardiologii, w programach lekowych, szczególnie w dwóch, B.162 i B.101, był naprawdę pod dużym znakiem zapytania. Po pierwsze, pacjenci, którzy już byli w programach lekowych, mieli kłopoty z dostępnością. To znaczy może nie tyle z dostępnością, sam pacjent, który już był w programie, nie ucierpiał. Natomiast lekarze sygnalizowali na przykład pacjentowi, że może być problem, że po Nowym Roku już nie będzie mógł uczestniczyć w programie lekowym.

Nie chcę tutaj, że tak powiem, przekazywać niesprawdzonych informacji, natomiast z uwagi na to, że do programów lekowych powinno się zakwalifikować o wiele więcej tych pacjentów, występowaliśmy do wojewódzkich NFZ z zapytaniami, z prośbami, z listami. Tym razem otrzymałam odpowiedzi, co prawda już niedawno, po dwóch miesiącach, ale otrzymałam informację, jaka ilość pacjentów jest w danym programie lekowym w tych województwach, w których był problem z kwalifikowaniem, jaka jest w tej chwili, na dzień dzisiejszy. Na pytanie, które dla nas jest bardzo istotne, jaka ilość potencjalnych, oczekujących pacjentów do danego programu lekowego jest zaraportowana w poszczególnych województwach... Okazuje się, że tych raportów nie ma. Nie ma, dlatego że nie są tworzone kolejki. To jest trochę takie słowotwórstwo, ale pacjenci, którzy potrzebują wejść do programu lekowego, skorzystać z tego, przeszli już kwalifikację, nie są kolejkowani. Ośrodki nie zgłaszają do NFZ potrzeby poszerzenia grupy odbiorców, tych pacjentów, którzy wymagają programu lekowego. W związku z powyższym z całym szacunkiem, ale jeśli dostajemy informację ze strony NFZ czy ministerstwa, że nie ma takiego zapotrzebowania, bo to nie jest zaraportowane, a z kolei z drugiej strony dosłownie otrzymujemy telefony od pacjentów, gdzie pacjent mówi, że przeszedł kwalifikację, ale oficjalnie lub nieoficjalnie usłyszał, że niestety, ale z uwagi na problemy finansowe nie będzie mógł skorzystać z terapii i czeka osiem miesięcy... Dla mnie jest to niepojęte. Nie boję się o tym mówić głośno, bo to są po prostu fakty. Nie opowiadam w tej chwili niestworzonych historii. To są fakty. Takich województw w ubiegłym roku, pod koniec zeszłego roku, było siedem. W tej chwili się to normuje, pomału do jednego z tych programów są wdrażani pacjenci i bardzo się z tego powodu cieszę. Natomiast, szanowni państwo, nie tak to powinno wyglądać.

Dzisiaj jest posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Część z pacjentów, którzy są w kardiologicznych programach lekowych, też są pacjentami. Od dawna zabiegamy o to, żeby na przykład w programach lekowych te kryteria kwalifikacji były też rozsądne. W ubiegłym roku przygotowaliśmy raport „Programy lekowe w kardiologii”, nasz raport, „EcoSerca”, z udziałem oczywiście ekspertów i z danymi, które pozyskaliśmy. Pokazaliśmy, jakie jest zapotrzebowanie. Szanowni państwo, w kardiologii jest tylko pięć programów lekowych. W onkologii jest ich kilkadziesiąt albo i więcej. Nie chcę tutaj porównywać. Natomiast dla mnie to jest osobiste, ponieważ jestem pacjentką kardiologiczną, jestem po zawale. Mam niewydolność serca. Mam nadciśnienie. W związku z powyższym wiem, o czym mówię. Jeśli jest terapia, z której mogę skorzystać po to, żeby dalej funkcjonować i robić coś dobrego, nie personalnie dla siebie, ale dla ogółu, jak to się ładnie mówi, dla innych, to chciałabym móc skorzystać z takiego leczenia.

Powiem ważną rzecz. To wszystko idzie w dobrym kierunku. Zaczął się etap, w którym możemy głośno mówić jako pacjenci, za co jesteśmy ogromnie wdzięczni szanownej Komisji, za to, że możemy w ogóle uczestniczyć w takich debatach i przekazać te nasze obawy czy problemy, z którymi się borykamy. Szanowni państwo, z punktu widzenia biurka, z całym szacunkiem, to trochę inaczej wygląda niż z poziomu pacjenta, a w szczególności pacjenta, który mieszka w małej miejscowości bądź na wsi. Widzę to na co dzień, ponieważ w tej chwili mieszkam na wsi i wiem, z jakimi problemami ci pacjenci się borykają. Dlatego ta lista 65+ jest naprawdę szalenie ważna. Nie dość, że to są osoby, które są w wieku senioralnym, to drugi argument, który przemawia za tym, żeby ta lista była nawet poszerzana, o ile to będzie możliwe, a nie ograniczana, jest taki, że populacja na wsi niestety nie ma zaplecza, zabezpieczenia ekonomicznego takiego, jakie mają seniorzy w miastach. Z reguły są to osoby, które albo nie pracowały, bo to jest pani, która wychowywała dzieci, a mąż był rolnikiem, bądź są to właśnie, powiedzmy, pacjenci, którzy w tym sektorze pracowali lata i te ich emerytury są naprawdę żalosne. W mieście to trochę inaczej się kształtuje, co wcale nie znaczy, że nie mamy do czynienia z bardzo dużą populacją seniorów w skrajnym ubóstwie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Pani prezes, bardzo dziękuję. Dziękuję uprzejmie. Niepokojące jest to, o czym pani powiedziała, ale zaraz poproszę, aby pani dyrektor Iwona Kasprzak z Centrali NFZ odniosła się do tego braku raportowania.

Bardzo proszę o zabranie głosu panią Natalię Skarbek, Biuro Prasowe Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Chorób Infekcyjnych. Proszę uprzejmie.

Przedstawicielka Biura Prasowego Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Chorób Infekcyjnych Natalia Skarbek:

Dziękuję bardzo. Natalia Skarbek, Biuro Prasowe Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Chorób Infekcyjnych.

Przede wszystkim przyszedł tu z takim podejściem, że profilaktyka jest inwestycją. Jak wiemy, ok. 1 zł zainwestowanej w szczepienia to jest 19 zł oszczędności w kosztach bezpośrednich i pośrednich. Zależy nam jako programowi, aby niwelować bariery w dostępie do szczepień. Tak jak tutaj pan prezes Konstanty wspomniał, ostatni sezon bardzo dobrze pokazuje, że dzięki zniwelowaniu barier w aptekach mamy bardzo duży wzrost wyszczepialności. O to samo apelujemy w kontekście POZ, ponieważ nadal pacjent, który udaje się do POZ, żeby dostać szczepienie, musi wykonać długą drogę, aby do tego szczepienia doszło, co w kraju, w którym wyszczepialność jest mimo wszystko nadal na niskim poziomie, może spowodować, że ten pacjent po prostu się rozmyśli i w trakcie tej ścieżki pokonywanej z receptą do apteki, po zakup produktu i z powrotem może zmienić decyzję co do samego zaszczepienia.

Drugi temat to kwestia listy „S”. Wielu z państwa już dzisiaj wspomniało o tym, jak ważne jest nie ruszanie tej listy, a nawet jej poszerzanie. Jak najbardziej zgadzamy się z tym sformułowaniem. Dochodzą do nas słuchy o tym, jakoby szczepienia mogły z tej listy wypaść, więc cieszy nas tutaj głos ministerstwa, że takie plany i takie decyzje nie będą podejmowane. Dodatkowo chcielibyśmy prosić o to, aby w ogóle wszystkie dostępne szczepienia właśnie dla grupy senioralnej znalazły się na tej liście. Obecnie na przykład szczepionka wysokodawkowa przeciw grypie na tej liście się nie znajduje, przez co pacjenci, mając tę barierę finansową, odbijają się od apteki, ponieważ jest prowadzona komunikacja o tym, że mają bezpłatne szczepienia przeciw grypie i faktycznie, ale nie wszystkimi dostępnymi produktami. W krajach europejskich taka profilaktyka jest już standardem, że w momencie, kiedy istnieją produkty wysokodawkowe, są one dostępne dla pacjenta.

Jeszcze ostatnia kwestia – w kontekście właśnie doskonalenia szczepień w samych aptekach. Pan prezes nie poruszył tego tematu. Chyba pani doktor mówiła o tym, że nie wszyscy pacjenci mają możliwość, żeby ruszyć się do tych aptek, wyruszyć po receptę czy chociażby po szczepienie. Bardzo dużym problemem są pacjenci, którzy są w domach pomocy społecznej, ponieważ aby wykonać szczepienie, jest to dosyć skomplikowany proces. Dlatego jako program zwalczania chorób infekcyjnych apelujemy o to, aby farmaceuci mieli możliwość wyjścia poza aptekę i zrealizowania takich szczepień. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Poproszę o udzielenie odpowiedzi panią dyrektor Martynę Kosmał, Departament Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia. Poproszę również panią dyrektor Iwonę Kasprzak z Centrali NFZ, żeby odniosła się później do tego tematu, który wskazałam chwilkę temu. Bardzo proszę, pani dyrektor.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Martyna Kosmał:

Dziękuję za głos.

Ja powiem króciutko tylko dwa zdania. Tam wcześniej padały jeszcze te wątpliwości odnośnie do recept, że przy recepcie rocznej to jest 120 dni, kiedy można wydać lek, ale tam jest także, że kolejne opakowania można wydać po upływie trzech czwartych tego czasu. To, co też pani przewodnicząca mówiła – jeżeli nie ma dawkowania, czy to dawkowanie jest nieczytelne, to można wydać maksymalnie cztery opakowania. Jeżeli są jakieś takie wątpliwości, to mamy przygotowany taki informator. Proponuję, że po prostu możemy go wysłać. Każdy będzie mógł się zapoznać i sobie tą wiedzę utrwalić, uzupełnić.

Tutaj też były pytania, jak rozumiem, co do limitów w programie lekowym leczenia Parkinsona. Tutaj już pani dyrektor Kasprzak odpowie. Jeżeli chodzi o szczepionki na pneumokoki, to szczepionki mamy w procesie refundacyjnym. To znaczy zostały złożone wnioski o objęcie refundacją szczepionek na pneumokoki przez podmioty odpowiedzialne. One są w procesie. Na ten moment nie mogę udzielić jakiejś wiążącej odpowiedzi odnośnie do objęcia ich refundacją. Decyzja zapadnie, zostanie podjęta przez Ministra Zdrowia, jak ten proces refundacyjny się skończy.

Czy były jeszcze jakieś pytania? Chyba to wszystko z mojej strony. Tak że jeżeli są jeszcze jakieś pytania do uzupełnienia, to oczywiście możemy przesłać odpowiedź na piśmie.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Jasne. Jeszcze poproszę o odpowiedź na to precyzyjne pytanie pani prezes Agnieszki Wołczenko ze stowarzyszenia „EcoSerce” dotyczące tej listy bezpłatnych leków dla seniorów.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Martyna Kosmal:

To tak jak już mówiłam, jeżeli chodzi o bezpłatną listę dla seniorów, to na obecną chwilę ona wygląda tak, jak wygląda.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Tak, ale czy są plany? Pani zapytała konkretnie.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Martyna Kosmal:

Na razie nie ma żadnych planów co do zmian. Natomiast nie jestem tutaj osobą decyzyjną. Ostateczną decyzję podejmuje minister zdrowia. Wszyscy jesteśmy pacjentami i wiemy, że lista bezpłatnych leków to jest preferencja dla pacjenta i najważniejszy też z naszego punktu widzenia jest równy dostęp dla wszystkich pacjentów do tej terapii. Na obecną chwilę nie mamy żadnych planów.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę, pani Iwona Kasprzak, Departament Gospodarki Lekami, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, odnośnie do tego braku kolejkowania pacjentów.

Dyrektor departamentu NFZ Iwona Kasprzak:

Tak, bardzo dziękuję.

Chciałam poinformować, że świadczeniodawca, czyli podmiot leczniczy, który przyjmuje pacjenta, jest zobowiązany właśnie zweryfikować jego stan zdrowia i wyznaczyć konkretny termin udzielenia świadczenia. Jeżeli nie jest w stanie tego terminu udzielić od razu tego dnia, to wtedy jest zobowiązany zapisać takiego pacjenta w kolejkę oczekujących. Jeśli są takie sygnały, że formalności po stronie świadczeniodawców się nie odbywają i pacjenci nie są wpisywani w kolejki oczekujących, to bardzo chętnie zapoznamy się z takimi informacjami, bo to jest naruszenie umowy, która jest zawarta z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jeśli chodzi o informacje, którymi dzięki temu dysponujemy, jak wiemy, że kolejki oczekujących w poszczególnych schorzeniach są duże i jest spora ilość pacjentów, którzy wymagają pilnego przyjęcia do udzielania świadczenia, to wtedy Narodowy Fundusz Zdrowia może podjąć też kroki, żeby dokonać renegotjacji takiej zawartej umowy i zwiększyć wartość kontraktu. Więc dla nas to są też kluczowe informacje i ubolewamy, że te informacje nie są właśnie oficjalnie tutaj przekazywane. Tak że jeśli są takie sygnały i konkretne przypadki, to bardzo chętnie się zapoznamy i podejmiemy odpowiednie czynności.

Powiem jeszcze tylko króciutko o Parkinsonie. Tutaj też był ten wątek, leczenie choroby Parkinsona, rzeczywiście program B.90. Pani poruszyła chyba przypadek województwa kujawsko-pomorskiego. Akurat nie mam takich szczegółowych informacji indywidualnie o tym województwie. Mogę się zobowiązać, że też dla państwa, do Komisji taka informacja zostanie przygotowana, ale sprawdziłam też...

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Poprosimy, bo akurat my z panią przewodniczącą Kozłowską jesteśmy z tego województwa, więc jesteśmy bardzo zainteresowane.

Dyrektor departamentu NFZ Iwona Kasprzak:

Oczywiście. Mogę tylko powiedzieć, tak jak sobie sprawdziłam, jeśli chodzi o liczbę pacjentów ogólnie objętych leczeniem na przestrzeni ostatnich lat, to liczba tych pacjentów systematycznie wzrasta. W roku 2024 właśnie w tym programie B.90 objętych było leczeniem 510 pacjentów, a w roku 2025 już 725 osób. Jeśli chodzi o rok 2026, to mamy dopiero miesiąc luty i ta sprawozdawczość za styczeń spłynęła od świadczeniodawców. Myślę, że nie możemy mówić, jak to będzie się kształtowało, ale oczywiście jeśli chodzi o to zagadnienie związane z województwem kujawsko-pomorskim, zanotowałam sobie, że tutaj jest niewystarczający kontrakt do leczenia pacjentów, którzy są obecnie w leczeniu. Zbadamy ten temat i prześlemy pisemną informację. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, pani dyrektor.

Szanowni państwo... Właśnie, pani się zgłaszała. Zechce się pani przedstawić? Bardzo przepraszam.

Przedstawicielka Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” Karolina Wasilewska:

Karolina Wasilewska, Izba Gospodarcza „Farmacja Polska”.

Chciałam tylko podbić pytanie pani prezes Joanny Bogdanowicz-Antos, ponieważ też spływają zapytania z różnych stron o potrzebę programu populacyjnego szczepień przeciwko pneumokokom dla seniorów, głównie na fali popularności właśnie szczepień na grypę i RSV. Gdyby może ministerstwo zechciało się odnieść do tego pytania.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Tutaj proszę już bardzo krótko.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Martyna Kosmal:

Proponuję już może odpowiedź na piśmie. Już mówiłam o pneumokokach, że są w procesie.

Proponuję przekazać odpowiedź na piśmie.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Odpowiedź przyjdzie na piśmie. Bardzo dziękuję.

Dziękuję państwu za dzisiejszą dyskusję i gościom za tak liczną obecność na posiedzeniu Komisji. Są to niezwykle ważne sprawy.

Stwierdzam, że Komisja zapoznała się z informacją. Zamykam dyskusję.

I zamykam posiedzenie. Dziękuję uprzejmie.