

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Zdrowia**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA
(NR 19)
z dnia 9 lipca 2025 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia (nr 19)

9 lipca 2025 r.

Podkomisja stała do spraw organizacji ochrony zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Józefy Szczurek-Żelazko (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, oraz posła **Fryderyka Sylwestra Kapinos (PiS)**, zastępcy przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

- informację ministra zdrowia na temat opóźnień i barier administracyjnych w dostępie do programów lekowych,
- informację ministra zdrowia na temat funkcjonowania farmacji szpitalnej.

W posiedzeniu udział wzięli: **Katarzyna Piotrowska-Radziejewicz** dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Piotr Dziegielewski** zastępca dyrektora Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej wraz ze współpracownikami, **Łukasz Pietrzak** główny inspektor farmaceutyczny wraz ze współpracownikami, **Agata Wolnicka** naczelnik Wydziału Programów Lekowych i Chemioterapii w Departamencie Gospodarki Lekami Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Krystyna Chmal-Jagiello** konsultant krajowy w dziedzinie farmacji szpitalnej, **Anna Wiela-Hojeńska** konsultant krajowy w dziedzinie farmacji klinicznej, **Alina Górecka** wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej wraz ze współpracownikami, **Anna Janik** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikami, **Ewa Steckiewicz-Bartnicka** mazowiecki konsultant wojewódzki w dziedzinie farmacji szpitalnej i przewodnicząca Ogólnopolskiej Sekcji Farmacji Szpitalnej Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego wraz ze współpracownikami, **Kamila Urbańczyk** prezes Polskiego Towarzystwa Farmacji Klinicznej, **Sławomir Waryszak** prezes Polskiego Stowarzyszenia Farmaceutów Onkologicznych, **Krystyna Ptok** przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikami, **Irena Rej** prezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” wraz ze współpracownikami, **Magdalena Kołodziej** prezes Fundacji My Pacjenci wraz ze współpracownikami, **Grzegorz Byszewski** wiceprzewodniczący Komitetu do spraw Farmacji Amerykańskiej Izby Handlowej w Polsce wraz ze współpracownikami, **Anna Śliwińska** ekspert ds. ochrony zdrowia Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych „Infarma”, **Wojciech Wiśniewski** ekspert ds. ochrony zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich, **Marek Wójcik** pełnomocnik zarządu ds. legislacyjnych Związku Miast Polskich oraz **Karolina Wasielewska** ekspert Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych.

W posiedzeniu wzięł udział pracownik Kancelarii Sejmu **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dzień dobry.

Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia. Witam członków podkomisji, państwa posłów i zaproszonych gości.

Stwierdziliśmy kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia w pierwszym punkcie przewiduje rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat opóźnień i barier administracyjnych w dostępie do programów lekowych. Drugi punkt obejmuje rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat funkcjonowania farmacji szpitalnej. Obie informacje przedstawia minister zdrowia. W związku z tym, że będziemy chcieli najpierw omówić obydwa punkty, a potem przeprowadzić dyskusję, przystępujemy do realizacji porządku dziennego.

Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów na maile oraz zamieszczone w folderze SDI na iPadach. Są one również dostępne w formie pisemnej. Tak jak mówiłem, proponuję, aby punkty pierwszy i drugi porządku dziennego zostały po kolei zreferowane, a następnie

przeprowadzimy łączną dyskusję. W związku z tym chciałbym zapytać panie i panów posłów, czy ktoś wnosi uwagi odnośnie do tej propozycji. Wobec braku sprzeciwu przechodzimy do rozpatrzenia informacji.

Szanowni państwo, pani przewodnicząca jest teraz na sali obrad. Zadaje pytania dotyczące ustawy o zawodzie psychoterapeuty. W związku z tym przyjdzie za jakieś kilkanaście minut. Przeprasza, że nie może być od samego początku.

Chciałem jednak wyrazić mocne niezadowolenie z powodu braku obecności na posiedzeniu podkomisji przedstawicieli kierownictwa Ministerstwa Zdrowia. Szanowni państwo, podkomisja jest organem stałym Sejmu. Któryś raz z kolei w podkomisji nie ma przedstawiciela kierownictwa MZ. Cieszymy się, że są dyrektorzy, bo oczywiście wiemy, że powiedzą nam o tym jak najlepiej, ale decyzje podejmuje kierownictwo resortu zdrowia. W związku z tym apelujemy do kierownictwa MZ, żeby przychodziło na obrady podkomisji w tak ważnych sprawach. Myślę, że obydwa tematy, czyli opóźnienia i bariery administracyjne w dostępie do programów lekowych, ale również funkcjonowanie farmacji szpitalnej, to są bardzo ważne sprawy, które dotyczą wszystkich Polaków jako ewentualnych pacjentów. W związku z tym moja ogromna prośba, żeby już od następnego posiedzenia podkomisji był u nas ktoś z kierownictwa MZ.

Bardzo proszę, oddaję głos przedstawicielom resortu zdrowia. Proszę się przedstawić.

Zastępca dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia Mateusz Oczkowski:

Mateusz Oczkowski, zastępca dyrektora w Departamencie Polityki Lekowej i Farmacji. Szanowni państwo, przedstawię państwu temat pierwszy w zakresie programów lekowych, opóźnień i barier oraz różnych elementów.

Szanowni państwo, jeśli chodzi o programy lekowe, są to wysokospecjalistyczne świadczenia zdrowotne, które istnieją tak naprawdę od 2011 r. Pojawiły się wraz z wejściem w życie ustawy o refundacji i nieodłącznie towarzyszą nam od 14 lat. Liczba programów lekowych sukcesywnie wzrasta, rosnąc tak naprawdę do 140 w 2025 r. Porównując te dane z najbliższymi latami, czyli 2023 r. i 2024 r., w poprzednim roku pojawiło się 10 nowych programów lekowych. Natomiast na pierwsze półrocze jesteśmy po 3 obwieszczeniach. W zaledwie pół roku pojawiło się też 10 takich programów. Widać więc, że tempo zdecydowanie przyrasta. Wzrasta liczba programów lekowych.

Natomiast, proszę państwa, nie należy tutaj liczyć samych programów lekowych, bo leki rozkładają się tak naprawdę na poszczególne programy lekowe, które istnieją, więc ich dostępność dla pacjenta jest identyfikowana z częsteczką w danym wskazaniu. Nazywamy to częsteczkowskazaniem. Tych wskazań, proszę państwa, jest dosyć sporo, bo 101 po 3 obwieszczeniach, jeśli chodzi o 2025 r., w zdecydowanej większości w programach lekowych, które dotyczą najbardziej innowacyjnych leków, gdzie częsteczki są najdroższe.

Jak widzimy, rok do roku od 2012 r. zdecydowanie bardzo mocno przyrastają zarówno wydatki na programy lekowe, jak i liczba pacjentów. Szczególnie jest to uwidocznione w ostatnich latach. Jeśli chodzi o wydatki na programy lekowe, to zaczniemy od 2023 r., gdy było to prawie 9 mld zł. W 2024 r. nastąpił kolejny skok i było to już 11 mld zł. Wydatki na 2025 r. są szacowane na poziomie 12,2 mld zł. Natomiast zgodnie z planem finansowym na 2026 r. ma być 15 mld zł tych wydatków. Jeśli chodzi o wydatkowanie środków z centralnego budżetu na refundację, posługujemy się ustawą refundacyjną, gdzie mamy ogranicznik pod postacią 17% maksymalnych środków wydatkowanych przez płatnika publicznego na refundację. W 2024 r. było to 13,65%, z czego tak naprawdę 25,5 mld zł przełożyło się na kumulatywne wydatki. Zatem z centralnego budżetu na refundację złożyliśmy się na 43% wszystkich środków.

Proszę państwa, z jednej strony mamy wydatki, a z drugiej strony pacjentów. Pacjentów było około 293 tys. W porównaniu z dostępnością apteczną i ze wszystkimi kanałami, które są dostępne w refundacji, tak naprawdę jest to skala diametralnie bardzo... Generalnie z leków refundowanych skorzystały 24 mln pacjentów, a tak naprawdę 300 tys. to są pacjenci, którzy przyjmują najdroższe leki. To jest mało czy dużo? Gdybyśmy sobie porównali wydatki, to na programy lekowe dla 300 tys. pacjentów wydajemy 11 mld zł, a dla reszty pacjentów, czyli tak naprawdę 24 mln, przeznaczamy 14 mld zł. Proszę państwa, jeżeli chcielibyśmy leczyć 24 mln pacjentów, ponosząc taki sam koszt jak przy programach lekowych, to potrzebowalibyśmy zdecydowanie o wiele więcej środków. Myślę, że żaden system w Europie nie udźwignąłby takiego ciężaru.

Dla przykładu porównajmy sobie wydatki w zakresie stwardnienia rozsianego. W 2024 r. było 25 tys. pacjentów ze stwardnieniem rozsianym leczonych w programie lekowym, gdzie wydatkowano 828 mln zł. Jest to około 50% puli wszystkich pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Gdybyśmy zatem chcieli objąć wszystkich, w ogóle nie patrząc na limity i na jakąkolwiek płatność, to dodatkowo musielibyśmy dorzucić około 1 mld zł tylko na jeden kod międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10. Proszę państwa, mamy 14 tys. kodów ICD-10, jeśli chodzi o nomenklaturę. Jeśli chcielibyśmy zrobić to tylko dla jednego kodu, to myślę, przeliczając na inne, że te środki skończyłyby się tak naprawdę po miesiącu. Drugi przykład to rak piersi. Wydajemy prawie 1,5 mld zł na programy lekowe, gdzie leczonych jest 18 tys. osób. Pacjentów z aktywną chorobą w zakresie raka piersi jest 240 tys. Proszę państwa, gdybyśmy chcieli wszystkim zapewnić innowacyjne leczenie zgodne z najnowszymi wytycznymi, musielibyśmy dorzucić tylko 33 mld zł. To kolejny kod ICD-10.

To tylko dwa przykłady z programów lekowych, tak? W refundacji mamy tak naprawdę kilka tysięcy kodów ICD-10, więc jest to nierealne, jeśli chodzi o dwa kody i leczenie zgodne z najlepszą praktyką. W tym wypadku prawa ekonomiki są bezlitosne. Po to istnieje system refundacji, żeby selekcjonować pacjentów, aby wiedzieć, komu należy się taka terapia w określonym stanie klinicznym i w jakim stopniu zaawansowania. Na tym, proszę państwa, polega refundacja zarówno w Polsce, jak i na terenie Europy.

Jeśli chodzi o zlikwidowane bariery, to... Było powiedziane, że nie ma tutaj naszego kierownictwa, ale myślę, że zna ono doskonale te bariery, ponieważ naszykowaliśmy już przepisy w zakresie nowelizacji ustawy o refundacji, które de facto zawierają rozwiązania odpowiadające na problemy, które są przed nami stawiane. Takie rozwiązania są już naszykowane w projekcie ustawy o refundacji, który jest na etapie konsultacji publicznych. Otrzymaliśmy około 500 uwag do tego projektu. Nadsyłanie ich już się zakończyło. Aktualnie analizujemy wszystkie uwagi. Myślimy, że na początku września przejdziemy już na etap Sejmu i Senatu.

Jakie bariery zidentyfikowaliśmy, jeśli chodzi o rozwiązanie docelowe? Przede wszystkim jest to opóźnienie w zakresie realnego dostępu pacjenta do programu lekowego. To coś, co uwidoczniło się w ostatnich latach. Nie był to element, który pojawiał się w poprzednich latach. Jest on związany m.in. z tym, że zdecydowana liczba nowych technologii pojawia się w programach lekowych, co bardzo mocno przyspieszyło w ostatnich latach. Wobec tego rzeczywiście widać zadyszkę u organów wykonawczych, które muszą dostosować wszelkie przepisy prawne, różne zarządzenia i konkursy, żeby realnie udostępnić jakąś terapię u danego świadczeniodawcy. Tutaj rzeczywiście widzimy barierę w dostępie od pierwszego dnia.

Chcemy wprowadzić tzw. pomostowy dostęp dla pacjentów, polegający na tym, że Narodowy Fundusz Zdrowia miałby trzymiesięczny reżim w zakresie zakontraktowania programu lekowego. Mieściłby się de facto w swoich wskaźnikach, które wskazał w poszczególnych latach. Fundusz będzie to realizował w ciągu około 80 dni. W tym momencie wchodzi instrument dzielenia ryzyka. Będziemy zatem zawierać poufną umowę z podmiotem odpowiedzialnym, po to żeby dostarczał komponent lekowy dla takiego pacjenta, natomiast komponent świadczenia będzie po stronie NFZ. Równolegle będzie następowała kontraktacja, jak również dostęp pacjenta do programu w tzw. ośrodku referencyjnym wyznaczonym przez konsultanta krajowego. W jednym ośrodku, góra dwóch ośrodkach, pacjenci w potrzebie, którzy rzeczywiście potrzebują tego bardzo szybko, będą mieli zapewniony taki dostęp od pierwszego dnia, zgodnie z obwieszczeniem listy refundacyjnej.

Kolejnym rozwiązaniem, które jest związane z barierą administracyjną w programach lekowych i zniechęcą świadczeniodawców do zawierania takich umów, są m.in. straty technologiczne. Strata technologiczna polega na tym, że NFZ rozlicza wszelkie podania leków za miligram podanego preparatu. Proszę państwa, czasami we fiolece jest więcej tego leku, niż tak naprawdę przysługuje pacjentowi na kilogram masy ciała. Straty technologiczne pozostają po stronie świadczeniodawcy, który musi się z tym zmierzyć, bo NFZ płaci tylko za to, co zostało podane, a nie za to, co zostaje we fiolece.

W zakresie nowelizacji ustawy o refundacji przewidujemy również takie rozwiązanie, w którym właśnie zamierzamy płacić za straty technologiczne. Z jednej strony jest to rozwiązanie docelowe, czyli ad hoc. To będzie finansowanie na poziomie około 100–150 mln zł z racji istnienia Funduszu Medycznego, który jest dedykowany terapiom w chorobach onkologicznych oraz rzadkich i ultraradkich. Kolejnym elementem, proszę państwa, będzie okres 3-letni, czyli do momentu wygaśnięcia funkcjonowania FM, bo zgodnie z zapisami ustawy ten fundusz będzie istniał do 2029 r. Co będzie dalej, to zobaczymy. Natomiast jest 3-letni okres, żeby zmienić decyzje

refundacyjne i móc zawrzeć poufne instrumenty dzielenia ryzyka, które zabezpieczają płatnika publicznego w zakresie strat technologicznych. Wówczas, uzyskując taką decyzję refundacyjną, będziemy skłonni, aby w zarządzeniu prezesa zamieścić, że rozliczamy dany produkt na fiolki, a nie na miligramy, zgodnie z tym, ile było podanych. Jednocześnie zobowiązemy świadczeniodawcę do tego, żeby maksymalnie kohortował pacjentów, bo tak naprawdę to jest porozumienie trójstronne między płatnikiem, świadczeniodawcą i firmą farmaceutyczną. Na tym właśnie, proszę państwa, miałby polegać m.in. pomostowy dostęp dla pacjentów.

Kolejnym elementem, który widzimy, jest kumulacja pacjentów w programach lekowych dla substancji, które już się zgenerowały, są tańsze i tak naprawdę nie wymagają wizyty pacjenta. Natomiast reżim programu lekowego cały czas nakłada na pacjenta obowiązek dojeżdżania, by pojawił się w ośrodku, gdzie zostanie mu podany lek, mimo że istnieją programy lekowe, co można pokazać na przykładzie hipercholesterolemii, gdzie mierzy się jedynie poziom cholesterolu we krwi. Z rozwiązań w dziedzinach m.in. neurologii, gastroenterologii, alergologii, kardiologii, dermatologii i reumatologii wyekstrahujemy takie substancje czynne, w przypadku których rzeczywiście jest bardzo duża pula pacjentów, którzy mogą być bezpiecznie leczeni już nie w ramach leczenia szpitalnego, tylko w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS), czyli na przykład w jakichś ośrodkach towarzyszących przy szpitalu. Rozważamy również, proszę państwa, całkowite uwolnienie niektórych substancji, które są powiązane z AOS, po to żeby pacjent otrzymywał tzw. receptę na leczenie długoterminowe w zakresie lecznictwa szpitalnego.

W tym momencie, proszę państwa, NFZ pozwala na wydawanie pacjentowi zapasu w zakresie aż tak drogich substancji. Średnia kwota na pacjenta w programie lekowym wynosi 40 tys. zł. Narodowy Fundusz Zdrowia pozwala na to, żeby pacjentowi wydać lek na 6 miesięcy. Jak sobie przemnożymy 6 razy 40 tys. zł, to taki pacjent, tylko po to, żeby nie pojawił się w szpitalu, kosztuje płatnika 240 tys. zł. Zadaliśmy więc sobie podstawowe pytanie. Czy chcemy, proszę państwa, żeby był pacjent, któremu wydaliśmy 6 opakowań, czy jednak chcemy leczyć 6 pacjentów jednym opakowaniem? Do tego jest nam właśnie potrzebna recepta, która zabezpieczy pacjenta. Nie będzie on musiał wracać do szpitala, a wraz z receptą będzie mógł odcinkowo pobierać sobie po jednym opakowaniu, korzystając z dostępności aptecznej. Dzięki temu usprawni się funkcjonowanie w zakresie programów lekowych, bo świadczeniodawcy będą mogli przyjąć większą grupę pacjentów nowo rozpoznanych, zamiast tak naprawdę tylko przedłużać pacjentowi daną terapię.

Wśród kolejnych elementów, które znalazły się w nowelizacji, jest m.in. usprawnienie funkcjonowania Systemu Monitorowania Programów Terapeutycznych (SMPT), który służy do raportowania stanów i różnych elementów związanych m.in. z rozliczaniem się z płatnikiem publicznym. W różnych latach rzeczywiście pojawiał się taki zarzut, że programy lekowe były demonizowane poprzez to, że wymagają bardzo dużych obciążeń administracyjnych i powielania pewnych schematów. Uwolnienie NFZ od jednego dostawcy systemu, który obsługuje to raportowanie, pozwoli na usprawnienie funkcjonowania programów lekowych. Mimo że programy lekowe rzeczywiście są bardzo wymagające wobec świadczeniodawców, nakładając na nich bardzo duże obciążenia, to uważamy, że są one doskonałym świadczeniem. Dlaczego? Proszę państwa, w trakcie konsultacji usłyszeliśmy, że program lekowy jest świadczeniem bardzo mocno rozbudowanym i gwarantującym pacjentowi leczenie zgodne z terminem podawania. Nie ma tam kolejek dla pacjentów, którzy muszą mieć podawane leki. Pacjenci po prostu pojawiają się zgodnie z datami, które znajdują się w harmonogramie.

Proszę państwa, zaczęły się pojawiać obawy, czy przy rozwiązaniu IV kategorii dostępności pacjent rzeczywiście będzie miał taką opiekę, jaką ma w programie lekowym. Program lekowy to bowiem nie tylko jednolite przyjmowanie pacjentów w danej jednostce czasu i utrzymanie prawie 100-procentowej adherencji. To jest również opieka gremium lekarzy i współpraca z zespołem koordynacyjnym, który jest takim właśnie konsylium, gdzie pacjentem można zaopiekować się w sposób naprawdę bardzo zaawansowany przy chorobach, dla których czasami istnieje tylko jeden lekarz w Polsce jako specjalista w danej dziedzinie znajdujący się na konkretnej jednostce chorobowej.

Jeśli chodzi o kolejne rzeczy, które aktualnie wykonujemy, to w ciągu tego półrocza dopasowujemy naszą nowelizację ustawy o refundacji... Mam nadzieję, że wejdzie ona w życie od 1 stycznia 2026 r. Prowadzimy prace robocze z konsultantami krajowymi, po to żeby przejrzeć każdy program lekowy, jaki aktualnie istnieje, pod względem interwałów czasowych pojawiania się pacjenta przy danym świadczeniu. Interwały czasowe, proszę państwa, oprócz monitorowania związane są m.in. również z podawaniem leku. Jeśli więc ten interwał automatycznie się wydłuży, wówczas aktywnie leczeni pacjenci nie będą już musieli pojawiać się tak bardzo często.

Przeanalizujemy również badania towarzyszące w zakresie podawania danego leku, czy rzeczywiście są potrzebne. Są one bardzo zróżnicowane – od badań molekularnych, potwierdzających chorobę i badających skuteczność, po badania wskazujące, jaki jest poziom cukru czy cholesterolu we krwi. Uważamy także, iż nie wszystkie te badania muszą być w programach. To rzeczywiście pozwoli na uwolnienie potencjału.

Kolejnym elementem, proszę państwa, jest również mapowanie substancji, które mogą być podawane w AOS, bez uwalniania substancji do IV kategorii dostępności albo do apteki, tylko tak naprawdę na zasadzie zmiany podawania danego leku bez hospitalizacji. Konsultanci krajowi dostali od nas takie właśnie zadanie na najbliższe półrocze. Aktualnie spływają już do nas pierwsze informacje. Mamy nadzieję, że wszystkie zmiany w zakresie funkcjonowania programów lekowych naprawdę wejdą równolegle, bo są ze sobą ściśle powiązane. Oczywiście pokładamy bardzo duże nadzieje w IV kategorii dostępności. Natomiast jest ona ogromnym wyzwaniem, bo tak naprawdę to jest zmiana paradygmatu leczenia w Polsce, jeśli chodzi o wysokospecjalistyczne świadczenia zdrowotne.

Z mojej strony to wszystko.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie. Bardzo przepraszam za to, że przychodzę trochę później, ale w tym czasie na sali plenarnej są procedowane ustawy z zakresu ochrony zdrowia. Musiałam wykazać swoją aktywność.

Rozumiem, że została przedstawiona pierwsza informacja. Teraz jeszcze informacja głównego inspektora farmaceutycznego. Czy ktoś z państwa ją przedstawi? Tak, bardzo proszę. Proszę włączyć mikrofon i przedstawić się do protokołu.

Główny inspektor farmaceutyczny Łukasz Pietrzak:

Dzień dobry. Łukasz Pietrzak, główny inspektor farmaceutyczny.

Szanowni państwo przewodniczący, szanowni posłowie, oczywiście mam przygotowane swoje wystąpienie dotyczące farmacji klinicznej, czyli tego drugiego elementu, co do którego pani dyrektor też ma przygotowane dane. Mam nadzieję, że może uda nam się współdziałać w tym zakresie, ponieważ na polecenie pani minister Izabeli Leszczyny jakiś czas temu przygotowaliśmy plan, aby zwiększyć uprawnienia farmaceuty, jak również efektywność, a przede wszystkim wykorzystanie farmaceutów klinicznych.

Tak więc, jeżeli można, to przekazać głos. Czy mam zacząć jako pierwszy? Dobrze.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Rozumiem, że pani też zgłasza się do drugiego punktu. Tak?

Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia Katarzyna Piotrowska-Radziejcz:

Tak, pani przewodnicząca. Po prostu podzieliliśmy się z panem ministrem zakresem i rolami, ale nie ma problemu. Pan minister może przedstawić informację, a ja po prostu uzupełniając coś dopowiem.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ale w takim razie, żeby domknąć temat w pierwszym punkcie, zapytam, czy ktoś z państwa ma jeszcze dane o barierach w dostępie do programów? To bardzo proszę.

Dyrektor biura Głównego Inspektora Farmaceutycznego Olga Sierpniowska:

Olga Sierpniowska, dyrektor biura GIF.

Szanowna podkomisjo, szanowni państwo przewodniczący, powiem krótko na temat programów lekowych z farmaceutycznego punktu widzenia. Usłyszeliśmy o tym, jak ważna jest adherencja pacjenta w przypadku udziału w programie lekowym, gdzie mamy bardzo drogie leki. Pomimo dostępności generyków, aby obniżyć koszty, pacjenci muszą być kohortowani. Mamy straty leków w związku z nadwyżkami.

Chciałam zwrócić uwagę na to, że w ramach programów lekowych można również nawiązać do kompetencji i do wiedzy farmaceutów oraz wykorzystać takie narzędzia, które poprawiają adherencję pacjenta, chociażby takie jak usługa farmaceutyczna lek specjalistyczny. Narzędzie to jest nakierowane przede wszystkim na pacjentów stosujących najdroższe technologie lekowe i leki wysokiego ryzyka. W przypadku usługi lek specjalistyczny rola farmaceuty jest bardzo wielokierunkowa. Przede wszystkim jednak polega na tym, żeby monitorować pacjenta

w terapii, a jeśli bierze lek samodzielnie w domu, to zachęcać go do tego, żeby robił to prawidłowo. Jest to również rola edukacyjna. Natomiast jeżeli pacjent otrzymuje lek w szpitalu, to poprzez odpowiednią edukację należy zachęcić go do tego, żeby na podanie leku stawiał się regularnie.

Korzyść z wdrożenia takiej usługi na pewno mogłaby być duża, chociażby na takich polach jak onkologia czy transplantologia, gdzie pacjenci bardzo często mają wiele obaw dotyczących leczenia, a nie zawsze rozumieją, jakich efektów mogą się spodziewać i dlaczego systematyczność w stosowaniu leków jest tak istotna. Patrząc na kosztosynergizację, optymalizację i usprawnienie, o których mówił pan dyrektor, myślę, że takie rozwiązanie warto byłoby wziąć pod uwagę. Myślę, że w drugiej części dyskusji też jeszcze będzie możliwość, żeby się do tego odnieść. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Teraz pan poseł Patryk Wicher. Bardzo proszę.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, szanowna podkomisjo, panie dyrektorze, szanowni państwo, wiele z tematów, które pan dyrektor poruszył, jest nam bardzo dobrze znanych. Wiemy, że ministerstwo już w poprzedniej kadencji rozważało wiele z tych tematów.

Pierwszą barierą, która została pokonana, były terminy administracyjne. Nie wiem, czy państwo pamiętają, że przy niektórych programach lekowych w leczeniu biologicznym, choćby na przykład przy łuszczycy, wisiał 90-tygodniowy termin administracyjny, który nic nie wnosił. Pacjenci wychodzili z programu, a później, kiedy już wracali, to byli na nowo wysypani i tam mieli z nowej... Bardzo często już nie podejmowali leczenia tymi cząsteczkami. Dzięki decyzjom podjętym w ówczesnej kadencji udało się znieść te terminy administracyjne, które nie wiadomo skąd tak naprawdę były wzięte. Teraz lekarz, który prowadzi pacjenta, decyduje o tym, jak długo będzie kontynuowane dane leczenie w programie lekowym. To jest bardzo istotne. Oczywiście mówię o tych zmianach, które zostały podjęte.

Cieszę się, że w ramach kontynuacji pracy mówimy dalej o zniesieniu, oczywiście w cudzysłowie, leczenia jak najbliżej pacjenta. Pan dyrektor to określa jako III i IV stopień. Nazwijmy to przerwaniem jak największej liczby preparatów leczenia biologicznego do aptek czy też do AOS. To jest też kwestia związana z obłożeniem oddziałów, na których są podawane te preparaty biologiczne. Sam jestem świadkiem takich rzeczy. Nieraz przebywam w szpitalach, gdzie obserwuję, jak to pacjenci przyjeżdżają tylko po to, żeby przez 2 godziny wczekać się w kolejce i przedstawić wyniki badania krwi. Moi drodzy państwo, te wyniki można byłoby przesłać wcześniej lekarzowi na odpowiedniej platformie, choćby i bez swojej obecności, albo nawet skonsultować się z lekarzem rodzinnym, który w ramach współpracy z AOS czy też z daną kliniką mógłby przeglądać bieżące badania, by kontynuować leczenie. Podanie leku trwa później 10 minut i pacjent natychmiast wychodzi ze szpitala. Zajmuje on miejsce w kolejkach i przestrzeń na danym oddziale.

Oczywiście mówimy tu o filozofii drogiego leczenia, które jest jednak leczeniem szpitalnym, a więc wiemy, jaka jest jego specyfika. Pan dyrektor poruszył tę kwestię, że tak naprawdę to jest zmiana filozofii myślenia w kontekście programów lekowych. Złamanie tej bariery będzie bardzo trudne, bo już w tamtej kadencji każda zmiana w tym zakresie rodziła wiele kontrowersji i dyskusji, także wśród konsultantów krajowych, lekarzy i ośrodków. Mówiono: „Ale jak tu utracić kontrolę nad pacjentem? Przecież musi być monitoring”. My nie podważamy monitorowania. Monitoring nadal może się odbywać, tak jak pan powiedział, w dłuższych interwałach, a bieżące monitorowanie można wykonywać przy użyciu nowej technologii albo też we współpracy z innymi lekarzami, którzy mogliby mieć podpisane umowy z odpowiednimi ośrodkami.

Oczywiście wiele zmian bardzo cieszy, jak również ten kierunek myślenia. Mówiło się też jednak, panie dyrektorze, o brakach finansowych. Pojawiają się bardzo niepokojące informacje na temat niedopuszczania ludzi do programów lekowych. Moje pytanie idzie w innym kierunku. Czy pan dyrektor jest w stanie podać statystykę? Nie mówię, że dzisiaj, bo może być to odpowiedź na piśmie. Ile jest odmów przystąpienia do konkretnego programu lekowego? Powiedzmy, że względem ostatnich 3–4 lat. Czy moglibyśmy otrzymać taką statystykę? To znaczy ile osób zostało dopuszczonych do danego programu lekowego, a ilu osobom odmówiono, mimo wszczęcia procedury, dopuszczenia do tegoż programu lekowego?

Pytam, ponieważ pojawiają się sygnały, że niektórzy bardzo ostrożnie podchodzą teraz do programów lekowych ze względu na braki finansowe i niepewność wypłacania świadczeń gwarantowanych. Niektórzy więc robią się bardzo ostrożni w tym, żeby dopuszczać pacjenta

do tych programów. W związku z tym to są bardzo niepokojące wiadomości. Jako członek podkomisji chciałbym mieć pewność, że takie rzeczy nie mają miejsca. Mam nadzieję, że pan dyrektor będzie w stanie rozwiać nasze wątpliwości na tym posiedzeniu, a jeśli nie, to pisemnie. Liczę na to, że przyjrzą się państwo tematowi, ponieważ życie ludzkie jest naszą naczelną wartością, a wiemy, że odpowiednio szybko podjęte leczenie pacjenta, nawet z bardzo ciężkimi chorobami, przy dzisiejszych nowoczesnych formach, takich jak biologia, pozwala mu wrócić do życia, do pracy i do pełnego funkcjonowania w społeczeństwie. To jest kapitałem naszego społeczeństwa na przyszłość. Są choroby, o których można powiedzieć, że do niedawna były długoterminowe, a dzisiaj dzięki leczeniu biologicznemu można nawet krótką formą je wyleczyć. W związku z tym, panie dyrektorze, wiem, że pytanie jest z kategorii trudnych. Może pan nie być przygotowany, by na nie odpowiedzieć, ale bardzo proszę o ewentualne rozwianie tych wątpliwości w późniejszym terminie.

Gratuluje jednak, bo co do zasady ten kierunek myślenia jest kontynuacją kierunku, który był realizowany w poprzednich kadencjach i w poprzednich latach. Myślę, że co do zasady to jest dobry kierunek. Natomiast przed nami bardzo duże wyzwanie co do szczegółów tego działania. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa chciałby się wypowiedzieć w pierwszym temacie, czyli programów leków? Czy są jakieś uwagi i komentarze? Bardzo proszę.

Wiceprzewodniczący Komitetu do spraw Farmacji Amerykańskiej Izby Handlowej w Polsce Grzegorz Byszewski:

To może zacznę. Grzegorz Byszewski, Amerykańska Izba Handlowa w Polsce (AmCham).

Pani przewodnicząca, szanowna podkomisjo, bardzo dziękujemy za podjęcie tego tematu. Z panem profesorem Andrzejem Śliwczyńskim zaczęliśmy rozmawiać na ten temat 2 lata temu.

Tak jak pan dyrektor wspomniał, zwiększenie liczby refundowanych leków rzeczywiście spowodowało zadyszkę po stronie NFZ. Widzimy, że opóźnienie jest coraz większe. Mam aktualne dane, jeżeli chodzi o to, jak wygląda realizacja decyzji pana ministra Kosa z 1 kwietnia br. Zostały one wczoraj zaktualizowane. Na listę leków refundowanych 1 kwietnia zostały wprowadzone 4 nowe programy lekowe: B.168, B.169, B.170 i B.171. Tak jak mówię, jest to aktualne na wczoraj. Zostały one zakontraktowane w zależności od programu w 4–5 województwach, a 7 województw w ogóle nie rozpoczęło żadnej procedury. Nie ma żadnej informacji, tzn. nie został ogłoszony konkurs, nie został... Oczywiście są osoby, które ogłaszają konkurs, potem on jeszcze trwa, później są osoby, które go ogłosiły i potem unieważniły, ale na terenie prawie połowy Polski od 1 kwietnia nic się nie zadziało. To obrazuje tę zadyszkę. Cieszymy się z tej dyskusji, bo mamy nadzieję, że ona posunie nas do przodu, czyli dostępność będzie realna, a nie tylko na obwieszczeniu refundacyjnym.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo za ten głos, bo rzeczywiście dlatego wprowadziliśmy temat do planu pracy podkomisji, że były sygnały z różnych środowisk o tym, że występują tu jakieś problemy. Chciałabym więc temat poruszyć i porozmawiać o konkretnych problemach, które państwa dotyczą.

Zgłasza się pan siedzący obok. Bardzo proszę.

Ekspert Amerykańskiej Izby Handlowej w Polsce Andrzej Śliwczyński:

Witam. Dzień dobry, pani przewodnicząca, profesor Andrzej Śliwczyński. Współpracuję z towarzystwem w zakresie celów i skutków opóźnień w realizacji programów.

Bardzo dziękuję MZ oraz NFZ za to, że zajęły się tym problemem. Zapisy, które są przewidziane w nowelizacji ustawy, to jest krok w dobrym kierunku. Oczywiście programy lekowe zostały wprowadzone po to, aby objąć opieką tych pacjentów, którym najbardziej pomogą. Nie wszystkich, bo to nie są programy populacyjne, tylko tych, w przypadku których działanie lecznicze będzie najbardziej skuteczne. Natomiast sporo jest spraw związanych z typowo organizacyjnymi rzeczami. Tutaj chciałbym poprosić o rozważenie paru elementów zarówno przez MZ, jak i przez fundusz.

Mianowicie w nowelizacji ustawy jest zapisany 90-dniowy termin na udostępnienie leku pacjentowi. Pytanie jest takie: Co się stanie, jeżeli ten termin nie zostanie dotrzymany? Nie ma żadnych bezpieczników, które pozwoliłyby leczyć tego pacjenta. Druga rzecz jest taka, że oczywiście umowa może być podpisana, ale zdarzało się tak, że te umowy były podpisane

na złotówkę. W związku z tym przepraszam, ale będąc dyrektorem szpitala, nie odważyłbym się kogokolwiek włączyć do leczenia, jeżeli mam umowę na taką kwotę.

Jest i kolejny aspekt. Pan dyrektor powiedział, że będą dwa ośrodki wyznaczone przez konsultanta krajowego, gdzie rozpoczęcie realizacji programu będzie szybsze. W mojej ocenie jest to bardzo duża uznaniowość, dlatego że mamy epidemiologię praktycznie we wszystkich rozpoznaniach ICD-10. W tej chwili mija już 20 lat epidemiologii od 2005 r. Możemy chyba zobaczyć, gdzie będzie dalej dla pacjentów. Nawet jeżeli to będą dwa ośrodki, to pacjenci, którzy mają problem z dojechaniem ze względów fizycznych albo finansowych, po prostu nie będą mieli zapewnionego leczenia. Uznanie przez konsultanta krajowego, że w danym województwie taki a taki ośrodek jest najbardziej predysponowany, opiera się oczywiście na strażniku wiedzy medycznej, jakim jest konsultant krajowy, ale jest jednak mimo wszystko rzeczą bardzo uznaniową.

Ostatni element jest może do rozważenia przy kolejnej nowelizacji ustawy refundacyjnej. Apteki otrzymują finansowanie leków w interwałach 2-tygodniowych. W przypadku leków realizowanych w aptece szpitalnej, w szpitalu czy w przychodni przyszpitalnej, czyli tych samych świadczeń rzeczowych, które w aptekach są finansowane z refundacji, interwał dotyczący otrzymania pieniędzy za leki to mniej więcej 2 miesiące, co powoduje określone kłopoty podmiotów leczniczych.

Może jednak należałoby spróbować dwóch rzeczy. Po pierwsze jak największą liczbę programów można przenieść do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z dostępnością leków. Tutaj pozostawiam do rozważenia, czy robić to w aptece, czy wydawać przez aptekę szpitalną. Należałoby również zmienić system finansowania świadczeń rzeczowych związanych z programami lekowymi w szpitalu. Kosztem szpitala dla programu nie jest monitorowanie czy też świadczenie pobytu w szpitalu. To są znikome koszty, na poziomie mniej więcej 10% w programach. Świadczenie rzeczowe jest jednak finansowane w ramach refundacji w aptecę otwartą. Apteki dostają pieniądze co 2 tygodnie, a szpital dostaje je po czasie o wiele dłuższym.

Bardzo bym prosił, żebyśmy jednak w dalszej części rozważań na temat dostępności leczenia wzięli pod uwagę również te aspekty. Może spróbowałibyśmy przyjąć jakieś rozwiązania.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo za te cenne uwagi. Wszyscy się cieszymy z tego, że jest coraz szerszy wachlarz programów lekowych. To bardzo dobrze, że mamy dostęp do nowoczesnych terapii. Wiemy jednak, że występują duże ograniczenia, które mają chyba naturę fiskalną, powstają z powodów finansowych.

Właśnie dlatego też chcielibyśmy usłyszeć od państwa przedstawicieli MZ czy też NFZ, jak wyglądało wykonanie świadczeń z zakresu programów lekowych. Chodzi o finansowanie za ubiegły rok. Czy w tym roku też to zostało sfinansowane w 100%, a jeżeli nie, to w jakim odsetku? Czy tylko substancje były refundowane, jeżeli chodzi o wartość ponadumowną, czy też porady itd.? Wiem, że NFZ proponuje różne formy finansowania, a jest to bariera, która blokuje dostęp pacjentów do nowoczesnego leczenia, no i oczywiście powoduje szkody w systemach finansowych szpitali i podmiotów leczniczych, które to prowadzą.

Później będę chciała od państwa taką informację uzyskać.

Bardzo proszę.

Prezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” Irena Rej:

Irena Rej, Izba Gospodarcza „Farmacja Polska”.

Dziękuję bardzo państwu za zorganizowanie dzisiejszego spotkania. To zresztą nie jest pierwsze spotkanie podkomisji w tym zakresie, które pani poseł zwołuje. Już na pierwszym spotkaniu składaliśmy naszą informację o tym, że jako branża włączyliśmy się w ten proces, widząc wszystkie zagrożenia i jednocześnie możliwość przeciwdziałania pewnym niekorzystnym tendencjom, które były widoczne do tej pory. Robimy to, wychodząc naprzeciw potrzebom przede wszystkim pacjentów, ale również i płatnika. Absolutnie w pełni popieramy propozycje, które złożyło MZ, bo one naprawdę zupełnie zmieniają myślenie, jak też podchodzą inaczej do wielu rozwiązań, upraszczając je.

Pozwoliłam sobie przedstawić pani przewodniczącej nasz model tzw. flexicare. Złożyłam na piśmie nasze założenia. Krótko mówiąc, chcemy jakby wrócić do odwróconej piramidy świadczeń, chociaż może nie w takim zakresie, jak ona jest generalnie określana, ale w części tego zakresu. Główne nasze działanie jest takie, żeby pacjent przede wszystkim nie urządził turystyki, a więc wycieczki do szpitala po lek, jadąc często po kilkadziesiąt czy nawet więcej kilometrów, żeby go odebrać. Proponujemy, aby lek siedł za pacjentem, jeżeli będzie już określony

model, jaka grupa pacjentów z danych programów będzie mogła przejść do innej opieki poza szpitalem referencyjnym, ale pod jego kontrolą, bo to nie może po prostu stamtąd wyjść całkowicie. Chodzi o przejście potem dalszej opieki na niższych szczeblach. Tym sposobem również, tak jak tu państwo to przedstawili, uwolni się trochę miejsc, co umożliwi przyjęcie nowych pacjentów do programów, ponieważ lekarze w szpitalach referencyjnych będą mogli zajmować się pacjentami, którzy czasami długo czekają na to, żeby wejść do programu.

Drugą rzeczą jest po prostu zwiększenie kontroli nad marnotrawstwem leków i zwiększenie karencji. Dyskutujemy na temat dwóch modeli, które rozważamy. W tym przypadku jeden z modeli poszedłby przez AOS. Koncentrowałby się on na opiece AOS i przychodniach, które są przy AOS. Rozważany jest jednak i model, który też ma swoje zalety, że tak powiem. To po prostu przekazanie leków do apteki i odbiór ich w aptece.

Bardzo popieramy postulat, żeby liczba leków wydawanych pacjentowi była zdecydowanie ograniczona. Proszę państwa, to nie jest tylko sprawa tego, że te leki są drogie, a NFZ płaci od razu za 6 miesięcy. To jest sprawa karencji. Czasami po prostu pacjenci przestają używać tych leków. Nie mamy nad tym kontroli. Dzisiaj „karencja” stała się słowem bardzo popularnym i modnym. To, co mówimy, jest istotne. Proszę, wydajmy lek na miesiąc, góra na 2 miesiące, ale nie na 6 miesięcy.

Następna sprawa. A kto będzie odpowiadał za przechowywanie leków, jeżeli pacjent je dostaje, a nie mamy nad tym kontroli? Wszystkie etapy kontrolujemy pod kątem bezpieczeństwa, ale w tym przypadku jakby wypuszczamy tę kontrolę ze swoich rąk i oddajemy ją w ręce pacjenta. Nic nie wiemy na ten temat. Źle przechowywany lek nie jest tak skuteczny, jak być powinien. W związku z tym to jest dodatkowy argument za tym, żeby ograniczyć wydawanie leków przynajmniej do potrzeb bieżących, a wydając nowy lek, należy sprawdzać, czy pacjent go rzeczywiście brał, czyli dwa łączymy w jednym.

Myślę, że będziemy jeszcze starali się przekazać państwu więcej informacji, jeśli chodzi o programy. To jest taka pierwsza zajawka, którą dzisiaj złożyliśmy. Bardzo liczymy na współpracę. Muszę powiedzieć, że dyskutowaliśmy o tym w ministerstwie w ramach Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji. Jest pełne zrozumienie. Dyskutowaliśmy na ten temat i w NFZ. Wszyscy jesteśmy za. Chodzi tylko o to, jaki wybrać model, który jak najszybciej udałoby się wprowadzić przy najmniejszych zmianach organizacyjnych. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Otrzymaliśmy oczywiście ten bardzo ciekawy materiał. Nie wiem, czy państwo członkowie podkomisji go dostali. Jest jeden egzemplarz, ale można go skserować, jeżeli ktoś z państwa chciałby go też otrzymać, bo rozumiem, że gdyby byłaby zgoda, to możemy materiał przekazać. Dobrze.

Czy jeszcze ktoś z państwa chce zabrać głos w pierwszym temacie? Proszę bardzo, pani była pierwsza, potem panie druga i trzecia.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Zgłaszała się jeszcze pani z tamtej strony.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Za chwilę będziemy przechodzić do drugiego punktu, który jest równie ważny, więc bardzo prosilibym o skondensowane wypowiedzi.

Konsultant krajowy w dziedzinie farmacji szpitalnej Krystyna Chmal-Jagiello:

Króciusieńko. Krystyna Jagiello, konsultant krajowy do spraw farmacji szpitalnej. Chciałam tylko nawiązać do rozmowy i do pani wypowiedzi.

Jeżeli będą rozważania na ten temat, to też przychylam się do tego, żeby jednak nie wydawać leków na tak długo. W tej chwili apteki szpitalne wydają leki z programów terapeutycznych. Bardzo często to dopiero u nas okazuje się, że pacjent albo nie bierze leku, albo źle się po nim czuł, więc już od 2 tygodni w ogóle go nie bierze. Czasami nawet lekarz o tym nie wie. Nie mówię już o tym, co się zdarza, kiedy umiera ciężko chory pacjent. Co dalej z tymi lekami, które on dostał na pół roku? Przecież to bardzo drogie leki. Taka jest moja dygresja, jeżeli chodzi o apteki szpitalne. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję.

To cenna uwaga, bo rzeczywiście narzekamy na brak środków, a można jakieś kwoty zyskać, uszczelniając system bez szkody dla pacjenta. Myślę, że przedstawiciele MZ to notują, tak? Bardzo proszę.

Prezes Polskiego Towarzystwa Farmacji Klinicznej Kamila Urbańczyk:

Szanowni państwo, dziękuję bardzo. Kamila Urbańczyk, Polskie Towarzystwo Farmacji Klinicznej.

Oczywiście ad vocem wypowiedzi chciałabym, żeby może jeszcze bardziej wybrzmiała rola farmaceuty, ponieważ mówimy cały czas o fakcie przepływu i wydania leku. Jednak, tak jak było wspomniane, istotna jest też adherencja, czyli przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Nie chodzi tylko o przepływ leku, ale też właśnie o to, czy pacjent rzeczywiście przyjmuje preparat, jak on się czuje i czy doświadcza działań niepożądanych. Nie chodzi więc tylko o sam fakt wydania leku, ale też o specjalistyczną usługę i przybliżenie pacjentowi tego tematu. To było właśnie zawarte w raporcie ministerialnym z 2022 r. jako usługa lek specjalistyczny, która skierowana jest do wysoko kosztowych programów, aby poprawić przestrzeganie zaleceń i wykorzystać tę przestrzeń, co oczywiście przekłada się również na oszczędności w systemie. Sugerowałabym więc, żeby rola farmaceuty tutaj lepiej wybrzmiała. Chciałabym, żeby nie był to tylko sam fakt wydania leku, ale było to też przedstawiane jako usługa farmacji klinicznej.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Bardzo proszę. Pan siedzący tutaj, a na końcu...

Członek prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej Marcin Bochniarz:

Bardzo dziękuję. Marcin Bochniarz, Naczelna Rada Aptekarska, jak również Szpital Specjalistyczny w Brzozowie – Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny.

Szanowni państwo, w nawiązaniu do tego pomysłu i do dyskusji o usłudze lek specjalistyczny chciałem zwrócić uwagę również na aspekt wielochorobowości. Z roku na rok doświadczamy w szpitalach dramatycznego wzrostu liczby pacjentów będących w opiece, również w programach lekowych, z tego względu, że po prostu żyją oni dłużej, bo choroby dotychczas śmiertelne zmieniają się w przewlekłe, co sprawia, że populacja pacjentów, których musimy przyjąć, rośnie wykładniczo. Analizowałem prognozy epidemiologiczne dla Polski, jeżeli chodzi o kurczenie się naszej populacji. Pomimo że nasza populacja się skurczy, nawet jeśli zapadalność nie będzie tak bardzo wzrastać, to chorobowość wciąż będzie rosła. W perspektywie bodajże 2040 r. nawet w projekcie mapy potrzeb zdrowotnych jest mowa o chorobowości zwiększonej na poziomie 40%. Przesunięcie opieki z ośrodków, których jest kilkadziesiąt w Polsce, na przykład do 11 tys. ogólnodostępnych aptek naprawdę może pomóc rozwiązać także ten problem.

Dodatkowym aspektem jest również ciągłość opieki. Mówimy o adherencji. Szanowni państwo, konstruując propozycję leku specjalistycznego, mieliśmy na uwadze na pierwszym miejscu właśnie kwestię adherencji i ciągłości opieki, czyli zapewnienia opieki pacjentowi w każdym miejscu najbliższego jego miejsca zamieszkania, żeby komunikacja pomiędzy lekarzem i apteką szpitalną, czyli farmaceutą, który wydaje mu lek w szpitalu, a farmaceutą w środowisku apteki ogólnodostępnej była jak najlepsza.

Szanowni państwo, mówimy o adherencji, a że lubię posługiwać się przykładami, to powiem, że miałem pacjenta, który przez 6 miesięcy twierdził, że brał lek, a potem przyznał się, że tak naprawdę ze względu na własne przekonania jadł mech z drzewa. Był to pacjent z poważną chorobą hematoonkologiczną. Tak, chodził do lasu i jadł mech z drzewa, ponieważ był przekonany, że lek mu nie pomoże, a mech pomoże. W tym obszarze jest ogrom pracy do wykonania. Opieka musi być dostarczona przez jak największą liczbę profesjonalistów w taki sposób, żeby mieli oni czas dla pacjenta i możliwość wytłumaczenia mu, czym jest terapia. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani z końca sali, a później tutaj...

Ekspert Fundacji Instytut Rozwoju Spraw Społecznych Karolina Wasielewska:

Dzień dobry. Karolina Wasielewska, Instytut Rozwoju Spraw Społecznych.

Ponieważ pani przewodnicząca prosiła o konkretne przykłady problemów z realizacją programów lekowych, pozwolę sobie opowiedzieć co nieco o programie B.90. To są terapie infuzyjne, z których korzystają chorzy z zaawansowaną postacią choroby Parkinsona. Organizowaliśmy

okrągły stół, w którym brał udział m.in. pan dyrektor Oczkowski, więc nie jest to może prośba o interwencję MZ, tylko przypomnienie o bardzo trudnej sytuacji, w której ci pacjenci się znajdują, a może też poszerzenie świadomości w tym zakresie.

Otóż pozwolę sobie oddać głos pacjentom ze Stowarzyszenia dla Osób z Chorobą Parkinsona i Chorobami Zwyrodnieniowymi Mózgu oraz Opiekunów Park On. Napisali oni list, w którym nadmieniam, że jesienią 2024 r. wstrzymano przyjęcia na niektóre oddziały neurologiczne, których jest kilkanaście w skali kraju, w celu rekrutacji nowych chorych do leczenia programem lekowym B.90. Pomorski oddział NFZ zapowiedział, że nie dysponuje funduszami na pokrycie kosztów pobytu chorego w szpitalu. Nadmieniam, że to jedyna szansa na leczenie przywracające samodzielność i ograniczające dotkliwe cierpienie. „W wyniku takiego działania według naszej wiedzy co najmniej 10 osób już zakwalifikowanych do leczenia i kolejnych 10 w Gdańsku nie otrzymało pomocy. Nie wszystkie są członkami naszego stowarzyszenia, więc nie znamy ich losów”.

Stowarzyszenie Park On przytacza natomiast losy tych osób, które rzeczywiście jest w stanie śledzić, podając m.in. przykład jednego z pacjentów: „Doprowadziło to do wielu upadków, których konsekwencją jest wielopoziomowe złamanie kompresyjne kręgosłupa”. Przytoczę tutaj nakreślenie problemu: „Odnosimy wrażenie, że konieczne jest usprawnienie pracy komisji kwalifikującej do leczenia. Tylko w naszym stowarzyszeniu 4 osoby czekają już ponad pół roku na włączenie leku. Nie wiemy, czy wynika to z braku specjalistów, czy ze zbyt rzadkich spotkań. Prosimy o zbadanie tego problemu, ponieważ tak niska dostępność naraża życie i zdrowie pacjentów”.

Mówimy o pacjentach z chorobą Parkinsona. To jest 100 tys. osób w kraju. Członkowie stowarzyszenia zwracają też uwagę na to, że program jest realizowany w bardzo niewielu ośrodkach. Na Lubelszczyźnie praktycznie nie ma chorych włączonych do programu B.90. W Krakowie tych osób jest 40, a więc bardzo mało. Można przypuszczać, że tak naprawdę zapotrzebowanie jest zdecydowanie większe. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę.

Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Alina Górecka:

Dzień dobry. Alina Górecka, wiceprezes NRA.

Podsumowując pewne rzeczy, które tutaj zostały powiedziane, zauważę, że mowa jest o problemach z dostępem do programów terapeutycznych, a farmaceuci wypowiedzieli się o adherencji, czyli o tym narzędziu, które ma maksymalnie wykorzystać środki przeznaczone na programy terapeutyczne dla poprawy zdrowia pacjentów w nich uczestniczących.

Ze strony pani prezes Polskiego Towarzystwa Farmacji Klinicznej padło stwierdzenie o projekcie leku specjalistycznego, który został ujęty w raporcie za 2022 r. Chciałam powiedzieć, że środowisko farmaceutów jest przygotowane do tego, żeby realizować usługi farmacji klinicznej czy opieki farmaceutycznej, które poprawiają adherencję, m.in. w programach terapeutycznych. Projekty pilotaży usługi lek specjalistyczny zostały przedstawione ministrowi Kosowi oraz Departamentowi Polityki Lekowej i Farmacji. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Pozostał nam pan, a potem poprosimy przedstawicieli ministerstwa.

Ekspert ds. ochrony zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:

Jasne. Witam. Wojciech Wiśniewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich. Chciałbym się zwrócić z kilkoma pytaniami do strony rządowej.

Pan dyrektor był uprzejmy wspomnieć o procesie nowelizacji ustawy refundacyjnej i o tym, że po wakacjach sejmowych projekt ustawy powinien trafić do Sejmu. Chciałbym jeszcze dopytać o etap prac rządowych. Czy przewidują państwo organizację konferencji uzgodnieniowej, a jeżeli tak, to czy robią to na raz, czy na kilka razy, biorąc pod uwagę, jak obszerny jest to projekt?

Druga rzecz jest związana ze sprawozdaniem NFZ za I kwartał 2025 r. Mianowicie na str. 8 tego sprawozdania, które liczy 10 stron, możemy zobaczyć, że procent realizacji planu finansowego w części dotyczącej programów lekowych wynosi 79,6%. Jest to 9 p.p. mniej aniżeli w analogicznym okresie roku poprzedniego. Chciałbym zapytać, czy to jest tak, że plan finansowy jest przeszacowany, jeżeli chodzi o programy lekowe, czego nie podejrzewam, czy też wystąpiły jakieś czynniki, które sprawiły, że świadczeniodawcy nie mieli ochoty realizować programów lekowych. Prawdę powiedziawszy, biorąc pod uwagę, jak charytatywna jest to działalność, trudno byłoby się temu dziwić.

Ponadto chciałbym zapytać o propozycję, która zresztą jest ujęta w dokumencie przygotowanym na posiedzenie. Chodzi o tę część projektu nowelizacji ustawy refundacyjnej, która dotyczy wdrożenia nowego programu lekowego, a dokładniej o to, że konsultant krajowy lub wojewódzki wskaże ośrodek, który będzie realizował to przez pierwsze 3 miesiące. Widzę pewną trudność organizacyjną. Mianowicie, jeżeli dobrze rozumiem, dzień po tych 3 miesiącach ośrodek prowadzący leczenie powinien dostać środki, tzn. powinien mieć zawartą umowę na dosyć duże pieniądze w tym sensie, że jeżeli przyjmiemy... Zawsze na początku, kiedy program jest uruchamiany, najwięcej jest pacjentów oczekujących. Przyjmijmy, że tych pacjentów byłoby 50 albo 100.

Mam więc pytanie. Skąd oddział wojewódzki ma wziąć pieniądze na zakontraktowanie? Przypominam, że programy lekowe są finansowane przez oddziały wojewódzkie. Czy będzie to finansowane przez centralę NFZ? Wymagałoby to chyba jednak zmiany legislacyjnej. Przypuszczam, że większość kandydatów do programów lekowych byłaby na przykład ze stolicy, a mazowiecki oddział wojewódzki, mówiąc bardzo delikatnie, nie śmierdzi groszem. Zresztą są tutaj osoby, które wiedzą to lepiej. Jest więc pytanie. Czy mazowiecki NFZ w 91. dniu obowiązywania danego programu lekowego byłby w stanie wziąć na siebie ten ciężar, biorąc pod uwagę, że może to być wielomilionowy wysiłek? W ubiegłym roku budżet na leczenie onkologiczne w IV kwartale, jeżeli chodzi o wartość umów na Mazowszu, wynosił dokładnie zero złotych. Chciałbym więc właśnie zapytać o studium wykonalności dla realizacji tego pomysłu. Pięknie dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Na koniec serii pytań jeszcze pan poseł Fryderyk Kapinos i pani poseł. Później poprosimy o odpowiedź przedstawicieli MZ i NFZ, jeżeli są, czyli instytucji, do których kierowane były komentarze i pytania.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, chciałem się odnieść do świadomości, o której tu bardzo dużo mówiono.

Czy nie warto byłoby mówić rodzinie albo pacjentowi, ile kosztuje lek? Pan dyrektor powiedział, że lek kosztuje 40 tys. zł miesięcznie, ale nie wiemy, czy jest świadomość tego u pacjenta. Czy on wie, ile ten lek kosztuje? To jest naprawdę bardzo ważna informacja. Chodzi o to, żeby pacjent wiedział, że jeżeli dostaje leki na 6 miesięcy, to jest to 240 tys. zł, jak powiedział pan dyrektor. Czy nie należałoby sprawić, żeby pacjent i jego rodzina mieli tego świadomość? Jeżeli chory na przykład nie może brać danego leku albo choruje na coś innego czy zmarł, to należałoby coś z tym zrobić i w jakiś sposób oddać lek. Chodzi o to, żeby była świadomość, że tak drogi lek może uratować życie i zdrowie drugiemu człowiekowi. Pan dyrektor mówił, że chyba 15 tys. kobiet jest objętych programem lekowym, a kilkaset tysięcy, chyba 200 tys., jest chorych na raka piersi, tak?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Mateusz Oczkowski:

To 18 tys. chorych na raka piersi, nie tylko kobiet, bo są i mężczyźni, a pacjentów z aktywną chorobą jest 240 tys.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Skoro 240 tys., to 222 tys. chorych nie jest objętych programem lekowym. Jak wygląda rekrutacja? Jednak 222 tys. osób nie ma dostępu do tego programu. Tak samo, jeżeli chodzi o stwardnienie rozsiane, wydaje mi się, że chyba połowa chorych jest objęta programem lekowym, a połowa nie. Oczywiście myślę, że bardzo ważny jest realny dostęp pacjenta do programów lekowych. Mówił pan o barierach. To bardzo dobry pomysł, żeby dany produkt był na fiolki, a nie na miligramy. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo za tę serię pytań i komentarzy. Bardzo prosimy przedstawicieli MZ...

Aha, przepraszam. Jeszcze pani poseł.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Chciałam tylko dopytać, jeżeli można, ponieważ mówił pan o wydzieleniu dwóch ośrodków. Czy przymiarka do takiej organizacji jest daleko posunięta, czy w tej chwili to jest raczej w sferze rozważań? Jak tutaj słyszę, jest dosyć dużo opinii negatywnych. Myślę, że chyba nie do końca jest to dobrze rozważone, ale... Nie ma się co obawiać, że w tym roku czy w następnym powstanie coś

nowego i NFZ będzie musiał znaleźć na to pieniądze. Oby tak było, ale nie wiem, czy faktycznie powstaną nowe leki.

Chciałabym może tylko coś powiedzieć, nawet nie oczekując od państwa odpowiedzi. Któryś z poprzedników mówił o czekaniu przez szpitalnictwo przez 2 miesiące na zapłacenie za programy lekowe. Oby to były 2 miesiące, bo wtedy jeszcze nie byłoby tak źle, aczkolwiek nie wszystkie szpitale mogą sobie pozwolić nawet na 2 miesiące, bo faktycznie na programy lekowe idą bardzo duże pieniądze, a w niektórych szpitalach jest to bardzo znaczący budżet. Natomiast faktycznie apteki rozliczają się z NFZ właściwie w ciągu 2 tygodni. Minął już ten czas, że kiedyś apteki też rozliczały się później, czasami nawet w ciągu roku, bo tak było na początku, ale w tej chwili proces rozliczeniowy jest o wiele szybszy niż za programy lekowe.

Następna historia jest taka, że przeżycie faktycznie jest coraz dłuższe i coraz więcej pacjentów wchodzi w programy lekowe. Coraz bardziej też rozbudzamy świadomość pacjentów, że jest leczenie, którego nie mogą osiągnąć. To jest bardzo niekorzystne dla poszczególnych szpitali, które muszą ich odpychać. Oczywiście pacjentów ustawia się w priorytecie pierwszym, drugim czy trzecim przede wszystkim ze względów medycznych, ale bywa tak, że nie wszystkich możemy zakwalifikować. Po prostu fundusz mówi, że przeznacza tyle pieniędzy i koniec, więc na danym pacjencie się kończy, a dalej szpital musi się bardzo starać w oddziale NFZ, żeby zwiększył pieniądze.

Powiem państwu, że na razie zwiększenie akurat na to leczenie nie jest większe niż w tamtym roku, a przynajmniej w niektórych szpitalach nie wzrosło. Tak bym powiedziała skromnie. Budżet na programy lekowe w 2025 r. nie wzrósł w stosunku do 2024 r., tak samo jak w 2024 r. wobec 2023 r., a nawet wprost przeciwnie, bo niestety często zmalał. Nie mówię, że tak się dzieje we wszystkich szpitalach, ale w niektórych, bo mam informacje, że właśnie tak jest. Myślę, że mogą wystąpić problemy z programami lekowymi, ale to tak na marginesie, żeby NFZ wiedział, że bardzo często szpitale naprawdę nie mogą sobie pozwolić na czekanie miesiącami czy przez pół roku, a żeby na końcu zapłacić kwotę, która została spożytkowana, nie mówiąc o tym, że...

Oczywiście dołączam się do tego, co było wcześniej mówione, że faktycznie nie wiadomo, czy to dobrze, żeby pacjent otrzymywał lek na pół roku, bo jest mnóstwo głosów przeciwko temu, a żeby pacjent mógł się zabezpieczyć na tak długi okres. Pewnie są jakieś leki, które tak można stosować, aczkolwiek jeżeli są one aż tak drogie, to nawet gdy idzie o najprościej podawane preparaty, wydawanie ich na pół roku... Pan dyrektor chyba wspominał też o tym, że lepiej wziąć 6 pacjentów niż na 6 miesięcy wydać lek jednemu. To tak na marginesie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Zanim oddam głos państwu z MZ, mam jeszcze pytanie techniczne, bo jakoś tak weszliśmy w nurt oszczędności, jeżeli chodzi o stosowanie programów lekowych. Mam pytanie, ponieważ są takie sygnały, że jeżeli pacjent już jest zakwalifikowany czy też jest w programie lekowym... Czy jest zasada, że jeżeli występuje jakaś uzasadniona klinicznie przerwa w stosowaniu leku, to zgodnie z założeniami programu pacjent musi odebrać lek na ten okres, czy lekarz po prostu tym steruje? Niestety odbieramy takie sygnały, że niezależnie od tej przerwy pacjenci po prostu muszą odebrać lek, bo przewiduje to program. Właśnie trzeba przyjąć i wziąć ten lek, bo nie można tego w jakiś sposób udokumentować. Jeżeli ktoś z państwa mógłby na to odpowiedzieć, to byłabym wdzięczna, ponieważ padają takie pytania.

Dobrze. Teraz bardzo proszę przedstawicieli MZ o odpowiedzi na pytania i komentarze, ewentualnie jakieś sugestie co do wyrażonych wątpliwości.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Mateusz Oczkowski:

Szanowni państwo, bardzo dziękuję za pytania. Może zacznę od końca.

Jeśli chodzi o przerwy dla pacjentów programów lekowych, to oczywiście są one przewidziane. W treści programów lekowych mamy różne stany pacjenta w zależności od typu choroby i od jej zaawansowania. Oczywiście w standardzie dla kobiet w ciąży jest przewidziane, że następuje przerwa. Wówczas pacjentka tak naprawdę nie musi się ponownie kwalifikować, bo gdyby tak było, to musiałaby ona ponownie spełnić kryteria kwalifikacji, a potem by się okazało, że ich nie spełni, bo jest w lepszym stanie klinicznym niż na początku rekrutacji. Takie przerwy są przewidziane.

Czy pacjentowi wydaje się więcej leku, niż powinien dostać? Wydaje mi się, że bardzo dobrze zarządzający terapią świadczeniodawca nie powinien tego robić. Proszę państwa, na pewno są poustawiane blokady w systemie SMPT, jeśli chodzi o rozliczenia i wydawanie leków w takich

stanach, więc myślę, że to jest minimalizowane, ale oczywiście takie przypadki mogą się zdarzyć. Najczęstsze sytuacje tego typu są wówczas, kiedy pacjentowi wyda się za dużo leku, a na przykład doznaje on progresji działań niepożądanych.

Konsultanci krajowi informują nas, że są pacjenci bardzo świadomi tego, ile kosztuje jedno opakowanie. Jak otrzymują 4 opakowania na przykładowy interwał czasowy, podają sobie leki z 3 opakowań, a ostatnie sprzedają w internecie. Proszę państwa, konsultanci opowiadali, że odnajdywali swoje preparaty na Allegro i na Olx. Pacjent rozumie, że czasami to jest 40 tys. zł, więc nawet gdy sprzeda lek za połowę ceny, to ma bardzo duży przychód, a jednocześnie nie straci na adherencji, bo jeśli nie jest to choroba śmiertelna, przeliczy to sobie: „Jak wezmę 3 z 4 opakowań, to nadal mam jakąś korzyść, bo całkiem nieźle mogę jeszcze na tym przeżyć, a i zarobić”.

Rzeczywiście to jest wyzwanie dla MZ. Gdybyśmy zagwarantowali istnienie recepty dla lecznictwa zamkniętego, to byłaby ona wydawana pacjentom odpowiedzialnym, którzy na początku zostaliby przeszkoleni w zakresie stosowania danego preparatu w programie lekowym przez przynajmniej kilka miesięcy. Pacjent odpowiedzialny jest osobą, która podlega reżimowi programu lekowego, czyli regularnie pojawia się w ośrodku. Pozostaje kwestia tego, jak potwierdzać, czy pacjent podał sobie lek. Myślę, że warte przemyślenia jest tak naprawdę to, żeby pacjent odniósł do ośrodka ampulkę, strzykawkę albo wstrzykiwacz, żeby pokazać, że lek został zastosowany. To oczywiście bardzo rygorystyczny warunek, ale przynajmniej gwarantujący adherencję.

Proszę państwa, byliśmy zaszokowani tym, że pacjenci naprawdę sprzedają te leki. Wydawało nam się, że jak ktoś już jest takim szczęśliwcem wśród 30 tys. pacjentów, że otrzymuje zaawansowane leczenie, to chce utrzymywać terapię co miesiąc albo co cykl. Okazuje się jednak, że nie każdy. Rzeczywiście po serii spotkań jesteśmy mądrzejši, jeśli chodzi o tę kwestię.

I kolejny element, jeśli chodzi o to, co tutaj było powiedziane. Czy mówić pacjentom, ile kosztuje lek? Tak, jestem akurac zwolennikiem tego podejścia, że pacjent powinien mieć taką informację i to nie tylko w internetowym koncie pacjenta (IKP). Proszę państwa, są dane dla każdego pacjenta, ile kosztowało leczenie czy pobyt w szpitalu, ale faktem jest, że dostęp do IKP jest dosyć mocno utrudniony. Gdy weźmiemy pod uwagę, że nawet 50% pacjentów w programach lekowych to są osoby po 65. roku życia, to tak naprawdę mamy barierę technologiczną. Taka informacja, proszę państwa, nie tylko powinna być udzielana pacjentowi w IKP, ale również podczas jednego cyklu albo wydania leku do domu, żeby pacjent miał tego świadomość. Świadomi o tym wiedzą. Czasami są przerażeni, ale czasami, tak jak powiedziałem, wiedzą, co z tym zrobić.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Na zdrowiu im nie zależy?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Mateusz Oczkowski:

Niekoniecznie na zdrowiu. Może im zależy na zarobku, proszę państwa, ale wszędzie tak jest, jeśli chodzi o wydawanie leków albo jakichkolwiek świadczeń za darmo. Niestety wszystko, co jest za darmo, nie do końca jest szanowane. Mam takie przekonanie, a pracuję tu już 6 lat.

Proszę państwa, mamy zjawisko wydawania leków na 6 miesięcy, a w aptece wydawania ich na rok. Jak nie zaczniemy zarządzać dobrze właśnie tymi ryzykami... Rozumiem, że została stworzona recepta na leczenie przez 365 dni, bo tak naprawdę pacjent czasami był powiązany z jedną apteką. Gdy uda nam się odwiązać pacjenta od danej apteki, to wówczas pacjent mający problemy z dostępnością produktu będzie mógł realizować receptę na daną pozycję tak naprawdę w każdej aptece w Polsce. Wówczas istnienie recepty do leczenia na 365 dni, która ma być zrealizowana od razu albo w jakichś interwałach, niekoniecznie będzie mieć rację bytu.

Nad tym pewnie też się zastanowimy, bo aktualnie pracujemy nad nowelizacją przepisów o receptach, która ma uporządkować ten stan. Proszę państwa, chcielibyśmy dotknąć tego tematu, bo z jednej strony doprowadzamy przez to do problemów finansowych płatnika, jeżeli pozwalamy na tzw. chomikowanie w programach lekowych i w aptece. Tak naprawdę pacjent nie potrzebuje mieć zapasu na cały rok, bo nie robi on też zapasu jedzenia, że tak powiem, nie robi takich zapasów w żadnym aspekcie swojego życia. Pozwoliliśmy jednak na to, żeby robił to w zakresie leków. Gdy udroźnimy kwestię dystrybucji leków we wszystkich najważniejszych kategoriach dostępności, to zobaczą państwo, że od razu zwiększą się oszczędności i polepszą się możliwości finansowe płatnika publicznego.

Abstrahuję już od modelu finansowania leków w całej ochronie zdrowia w Polsce, który został przyjęty jak nie kilkadziesiąt, to kilkanaście lat temu. Polega on na tym, że każdy świadczeniodawca ma jakby zakładać swoje pieniądze za leczenie pacjenta, a potem oczekiwać na zapłatę. Proszę

państwa, nie było innego modelu, a przynajmniej takiego nie pamiętam, bo może jestem za młody. Chodzi o model, w którym zamówienia byłyby całkowicie centralne dla Polski, żeby to było brane w tzw. komis z opóźnieniem płatności, prawda? Nie możemy się zdecydować na zakupy centralne, dopóki nie zmienimy Prawa zamówień publicznych, które w Polsce jest dosyć rygorystyczne – na zasadzie, że wygrywa jeden. Niestety w zakresie leku, gdy będzie wygrywał tylko jeden konkurent, że tak powiem, to dopiero wtedy będziemy mieć realne problemy z dostępnością, bo każdy wycofa się z naszego rynku.

Powinniśmy, proszę państwa, szukać rozwiązań, w których pozwalamy na przetargi centralne i na branie leków w komis, ale właśnie wówczas, kiedy wygrywa kilku. Przykładowo w modelu hiszpańskim wygrywa 4 konkurentów z różną procentowością w zakresie swoich produktów, tak? Jednocześnie zachowujemy konkurencyjność i mamy z tego tytułu oszczędności. Możemy dystrybuować lek jakby centralnie, prawda? Myślę, że dyskusja o modelu finansowania i o wydolności systemowej musi być o wiele szersza. Tak naprawdę każdy musi być na to gotowy, bo jest to całkowite odwrócenie tego systemu, który aktualnie działa i na który przez kilkadziesiąt lat było przyzwolenie.

Jeśli chodzi o rekrutację pacjentów, to tak naprawdę zależy ona od lekarza prowadzącego. Pacjenci w bardzo różny sposób dowiadują się o kwestii programów lekowych, głównie dzięki specjalistom, którzy pracują w danych ośrodkach referencyjnych, gdzie prowadzą leczenie, więc są świadomi istnienia takich właśnie nowoczesnych leków. Niestety nie każdy lekarz zdaje sobie sprawę, jak to wszystko zmieniło się w ostatnich latach i jaki jest potencjał terapeutyczny.

Proszę państwa, sam jestem pacjentem. Z moją jednostką chorobową chodziłem do lekarzy prywatnie i publicznie, ale czasami niekoniecznie w ogóle wiedzieli oni o tym, że istnieją nowoczesne leki. Mimo że ich nawet jakby zachęcałem do tego, będąc gotowym na taką terapię, to niestety jej nie otrzymywałem, bo lekarz jej nie znał. Skoro więc lekarz jest barierą w rozpoczęciu leczenia pacjenta, to tak naprawdę czasami dochodzi do tego, że dzieje się to na zasadzie poczty pantoflowej. O tym, że mamy nowoczesne leki, pacjenci w dużej mierze dowiadują się w fundacjach, stowarzyszeniach i organizacjach pacjenckich. To są rzeczywiście te miejsca, które najbardziej uświadamiają pacjenta.

Proszę państwa, zawsze co 3 miesiące umieszczamy informację o nowych lekach, które wchodzi do jakiegoś programu lekowego. Na stronie NFZ jest informacja o tym, w jakich ośrodkach są realizowane dane programy. Co 3 miesiące aktualizujemy również załączniki mówiące o programach lekowych i o preparatach, jakimi się tam leczy pacjentów. Zawsze w każdym wstępie jest opisany schemat leczenia dla pacjenta, w jakiej linii się znajduje, więc pacjent tak naprawdę może zapoznać się z tą informacją na samym wstępie. To bardzo uproszczony model, bo oczywiście dalsza część to jest już tak naprawdę kwestia kliniczna, którą musiałby tłumaczyć lekarz.

Jeśli chodzi o pytanie dotyczące konferencji uzgodnieniowej, to myślę, że jej nie będzie, jeżeli nie wdrożymy żadnych innych nowych rozwiązań w zakresie nowelizacji ustawy o refundacji, które były państwu przedstawiane podczas prekonsultacji, jak również na tym dużym, niedawnym spotkaniu z całą branżą, które odbyło się w czerwcu. Oprócz dużego spotkania my i tak spotykamy się z pojedynczymi interesariuszami albo grupami. Mamy zamiar to zrobić po przejrzeniu wszystkich uwag, które dostaliśmy. Tak naprawdę chcemy jednak rozmawiać w specjalistycznych grupach, a nie na forum, bo generalnie, jak mi się wydaje, jest to chyba tylko pożywka dla prawników, którzy potem robią swoje prywatne szkolenia i szkolą poszczególnych interesariuszy, jak powinni postępować z MZ. No nie. Wolimy rozmowy o konkretnych rozwiązaniach w bardziej kameralnych grupach, bo to są, proszę państwa, grupy robocze. Nie ukrywam, że największym wyzwaniem będzie jednak nadal IV kategoria dostępności.

Proszę państwa, uwagi do nowelizacji były przeróżne. Większość uwag, które się pojawiły, była zupełnie nowa i niezwiązana z tematem. Co ciekawe, spodziewałem się właśnie, że tym razem tak będzie, czyli nie będzie to krytyka aktualnych rozwiązań, tylko bardziej próba wdrożenia nowych. No i pytanie. Na co zdecyduje się resort zdrowia? Każda nowa zmiana wymaga chyba jednak jakiegoś głębszego uzgodnienia, więc zobaczmy, co z tym zrobimy.

Jeśli chodzi o kwestię realizacji zadań w zakresie programów lekowych oraz tego, czy zainteresowanie świadczeniodawców rzeczywiście jest mniejsze, to myślę, że po przygodach w poprzednim roku świadczeniodawca na pewno ma większe wyzwania w 2025 r. Czy mniej środków jest wydatkowanych? Proszę państwa, tego bym akurat nie ferował po informacjach z pierwszego półroczu, bo każdy program lekowy ma różne interwały funkcjonowania. W programie lekowym, który obejmuje na przykład stwardnienie rozsiane, niektóre leki są podawane w I kwartale.

Tam całe finansowanie leków jest wydatkowane już w I kwartale. Są też programy lekowe związane z sezonem leczenia, które są realizowane w III czy IV kwartale.

Tak więc naprawdę przewidywanie, czy zainteresowanie i wydatki zostały tam źle skalkulowane... Myślę, że na razie to jest zbyt wczesny etap. Natomiast chyba wszyscy zdajemy sobie sprawę z tego, że kwestia ułożenia planu finansowego jest najważniejszym elementem całej układanki. Dobrze ułożony plan finansowy to tak naprawdę zero problemów w przyszłości. Generalnie więc myślę, że to jest najważniejszy punkt w zakresie całego planowania. Jak wiemy, plan na 2026 r. jest aktualnie procedowany.

Kolejnym elementem, który był podniesiony przez pana Wojciecha Wiśniewskiego, jest wdrożenie nowego programu lekowego w zakresie wyboru ośrodka referencyjnego, w którym byłyby skupione jak największe wydatki. Konsultant krajowy wybierałby taki ośrodek, który na pewno zawrze umowę finansową w zakresie zakontraktowania programu lekowego i rzeczywiście będzie miał potencjał w zakresie swoich możliwości finansowych. To, że świadczeniodawca w 91. dniu zmierzy się z zapłatą za 100 pacjentów, absolutnie nie jest prawdą, ponieważ model finansowania w okresie przejściowym to tak naprawdę nie tylko model obciążenia, ale również model opóźnionych płatności. Jeśli więc umowy w instrumencie dzielenia ryzyka zostaną zawarte w odpowiedni sposób, to nie jest powiedziane, że na samym początku ciężar całkowicie uderzy w świadczeniodawcę, który nie będzie w stanie go realizować i zostanie sparaliżowany. W tym modelu, proszę państwa, bardziej stawiamy na rozwiązanie w postaci odroczonej płatności. Słyszymy uwagi świadczeniodawców, że tak naprawdę nie chcą oni płacić za to rozwiązanie z własnej kieszeni.

Proszę państwa, kolejnymi elementami są adherencja i wydawanie leku, jak również szkolenie pacjentów. Zgłaszali się farmaceuci, którzy chcieliby szkolić pacjentów. Jeśli chodzi o programy lekowe, kwestię wyszkolenia pacjenta widzimy bardziej w ten sposób, że odbywałoby się to w ośrodku referencyjnym, który rozpoczyna jego leczenie. To lekarz prowadzący w danej dziedzinie specjalistycznej ma najlepszą wiedzę w tym zakresie. Przez przynajmniej 3 miesiące będzie on szkolił pacjenta, jak postępować z daną terapią. Będzie też obserwował działania niepożądane, które najczęściej występują w pierwszych okresach. To lekarz wyszkoli pacjenta, który będzie mógł samoistnie stosować terapię, co również się dzieje, bo w niektórych programach lekowych, szczególnie w reumatologii i dermatologii, są już zawarte takie rozwiązania, że pacjent najpierw jest szkolony, a potem lek jest mu wydawany na zapas. Oczywiście w programach lekowych pacjent ma możliwość przeprowadzenia telekonsultacji czy teleporady w zakresie leczenia, więc zawsze, gdy ma jakieś wątpliwości, może się zwrócić do lekarza.

Oczywiście, proszę państwa, kwestia adherencji to przede wszystkim odpowiedzialność, tak? Dając lek na zapas, musimy wybrać takiego pacjenta, który jest świadomy swojego leczenia i rzeczywiście regularnie będzie przyjmował lek. Pozostawienie pacjenta to tak naprawdę generowanie coraz większych wydatków, bo pacjent, który dozna progresji, mówiąc to w cudzysłowie... Progresja niekoniecznie musi być związana ze stosowaniem leku, tylko po prostu pomijaniem dawek albo nieprzyjmowaniem leku. Wtedy pacjent wchodzi na kolejne linie leczenia, co oczywiście ma znaczenie, bo niestety leki w kolejnych liniach leczenia to coraz większy koszt, większy niż w tych początkowych. Proszę państwa, niektóre programy lekowe mają już nawet po 7–8 linii, więc to nie jest tak egzotyczne leczenie.

Następna rzecz, która została poruszona, to interwały płatności w zakresie programów lekowych. Państwo bardzo sprytnie wyłapali, o co tak naprawdę chodzi MZ. Powiedzieli państwo, że zapłata za program lekowy jest dwumiesięczna, a w zakresie aptecznym co 2 tygodnie. No i rzeczywiście, jeśli kwestię zamawiania leków i rozliczania się przerzucimy tak naprawdę na apteki, to interwał czasowy musi być częstszy. Płatnik publiczny będzie wtedy zobligowany do tego, żeby częściej płacił w zakresie tych technologii, ponieważ jeśli doprowadzi do niewypłacalności apteki, która zaopatruje, że tak powiem, bardzo dużo ludzi, jeśli chodzi o kwestie kliniczne, to tak naprawdę będziemy mieli paraliż.

Generalnie więc interwały muszą być tak dobrane, że opóźnienie w płatności dla podmiotu odpowiedzialnego musi być dopasowane do rozliczania się w zakresie płatnika publicznego. Wówczas taka apteka może sprawnie funkcjonować i tak naprawdę to robić. To przesunięcie nie jest przypadkowe. Widzimy zdjęcie dużego ciężaru finansowego, jeśli chodzi o część pacjentów, którzy są w stanie być leczeni samodzielnie, bo wtedy szpitale nie zamawiają tych leków, więc komponent lekowy zostanie trochę przesunięty w zakresie szpitali i aptek.

Jeśli chodzi właśnie o to, co się stanie, jeśli termin 3-miesięcznego rozwiązania pomostowego nie zostanie dotrzymany, to akurat zamierzamy na sztywno zapisać, że NFZ jest zobowiązany

ustanowić program lekowy do 3 miesięcy. Tutaj więc nie będzie, że tak powiem, żadnego zmiłowania, bo sam NFZ w swoich parametrach wskazał, że ma zrealizować to zadanie w 80 dni. Myślę, że w tym stanie nie zrobimy krzywdy płatnikowi publicznemu.

Inną kwestią jest zawieranie umów na programy lekowe za złotówkę. Proszę państwa, nie zostaje mi nic innego jak skomentowanie, że to jest nieodpowiedzialne ze strony świadczeniodawcy. Jak można takie umowy zawierać, a potem wstrzymywać rekrutację pacjentów? Było pytanie, czy jesteśmy świadomi, ilu pacjentów nie zrekrutowano. Nie. Jeśli w programie lekowym nie ma danych, że pacjent się zakwalifikował albo nie, co jest związane z kwalifikacją, to nie mamy żadnej informacji zwrotnej. Proszę państwa, nie mamy żadnych informacji o tym, że pacjent ma opóźnienia w zakresie kwalifikacji, bo nie ma pieniędzy. Absolutnie nie ma takich informacji jednostkowych, bo to jest strategia działania samego świadczeniodawcy.

Tak więc świadczeniodawca, który jakby celowo chciał mieć program lekowy, bo oprócz tego, że program ten umożliwia leczenie pacjentów, to jest elementem prestiżu... Świadczeniodawcy często kontraktują programy lekowe, po to żeby przyciągać specjalistów najwyższej klasy, którzy chcą mieć narzędzia do wykonywania pracy pod postacią innowacyjnych technologii. Chcą również się tym chwalić, że są...

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Sądzę, panie dyrektorze, że to za daleko idące myślenie.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Mateusz Oczkowski:

Nie. To jest moja opinia, więc myślę, że mogę ją wyrazić. To jako ten element...

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Ale to jest pana opinia, tylko nie wiem, czy w imieniu całego ministerstwa.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Mateusz Oczkowski:

Proszę państwa, kwestia prestiżu programów lekowych bardzo często jest podnoszona na różnych konferencjach. Proszę obejrzeć przynajmniej kilka z nich, gdzie wypowiadają się specjaliści najwyższej klasy w Polsce. Mówią, czym tak naprawdę jest program lekowy w oczach klinicystów. Wielokrotnie brałem udział w takich konferencjach, więc mam prawo w ten sposób o tym powiedzieć. Mogą państwo odsłuchać sobie nagrania z wielu konferencji.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To już wszystkie odpowiedzi czy zostało coś jeszcze?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Mateusz Oczkowski:

Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję.

Skomentuję jednak pana ostatnią wypowiedź, dlatego że wynika z niej wprost, że jeżeli pacjent musi czekać na włączenie do programu lekowego, to jest to wina szpitala, który nie chce wprowadzić tego do systemu. Tak należy to chyba pojmować. Do nas jako przedstawicieli...

Zastępca dyrektora departamentu MZ Mateusz Oczkowski:

Wypowiadałem się o programach lekowych, bo tu było powiedziane, że są ośrodki, które zawierają umowę na złotówkę. Wypowiadałem się o takich sytuacjach.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Tak, ale...

Zastępca dyrektora departamentu MZ Mateusz Oczkowski:

Jeśli ktoś zawiera umowę na złotówkę, to chyba jest troszeczkę nieodpowiedzialny.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Rozumiem. Mamy też jednak sygnały tego typu, bo pacjenci się do nas zgłaszają z problemami, że na przykład otrzymali odpowiedź uniwersyteckiego szpitala klinicznego, że zostali zakwalifikowani, ale nie będą włączeni do programu i wprowadzeni do systemu, mimo że spełniają kryteria, ponieważ szpital nie ma środków na programy lekowe. Takie sygnały pacjenci przekazują nam do biur poselskich. To nie wynika z jakichś naszych wymysłów. Nie są to abstrakcyjne sytuacje. Takie sygnały do nas docierają. Czyli rozumiem, że...

Zastępca dyrektora departamentu MZ Mateusz Oczkowski:

Było pytanie o umowę na złotówkę. Nie było pytania odnośnie do innych sytuacji, że pacjenci zgłaszają, że tak naprawdę nie mają możliwości. Wypowiedziałem się tylko w tej kwestii. W innej kwestii to rzeczywiście tak...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To może inaczej. Jeżeli szpital wpisze wszystkich pacjentów, którzy spełnią kryteria, to NFZ wszystkie te terapie finansuje, tak? Bo oczywiście rozumiem, że cały ten proces jest transparentny i oparty na wiedzy, czyli spełniają oni kryteria, są zakwalifikowani i wpisani.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Mateusz Oczkowski:

Tak. Oczywiście powinien finansować. Mamy jeszcze kwestię nadwykonań, których oczywiście nie brakowało.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Właśnie o to chodzi.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Mateusz Oczkowski:

Proszę państwa, było chyba około 760 mln zł w zakresie komponentu lekowego, jak również 4,5 mld zł w zakresie świadczenia w 2024 r. nadwykonań, które zostały zapłacone. Natomiast odnosiłem się do sytuacji ekstremalnej, kiedy ktoś właśnie na pokaz zawiązuje umowę na złotówkę.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Rozumiem zatem, że za ubiegły rok zostały zapłacone wszystkie programy lekowe w zakresie nadwykonań, zarówno co do substancji, jak i świadczenia zdrowotnego czy usługi.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Mateusz Oczkowski:

Tak jest.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dobrze. Dziękuję bardzo. Jeszcze pan profesor, tak? Chcielibyśmy przejść do drugiego tematu, który jest równie ważny.

Ekspert AmCham Andrzej Śliwczyński:

Krótkie pytanie, bo troszeczkę się pogubiłem. Przepraszam, pani przewodnicząca. Pytanie do pana dyrektora. Rozumiem, że wszystkie świadczenia w programach lekowych należy traktować jako nielimitowe.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Mateusz Oczkowski:

Zadaje pan chyba pytanie retoryczne, bo dobrze pan wie, że tak nie jest. Czy elementy związane z nadwykonaniami nie zostały zapłacone? To jest pytanie podstawowe. Czy zostały zapłacone, nawet jeśli były przekroczone? Zostały. Czy jakiś szpital został bez środków w zakresie 2024 r.? Nie został. Myślę więc, że odpowiedziałem na to pytanie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Rozumiem, że wszystkie świadczenia tego typu w ramach programów lekowych zostały sfinansowane za ubiegły rok, jak też za poprzednie lata. Zobaczymy, jak będzie w tym roku. Dziękuję bardzo.

Przechodzimy w takim razie do realizacji drugiego punktu, a mianowicie rozpatrzenia informacji ministra zdrowia na temat funkcjonowania farmacji szpitalnej. To bardzo ważny temat, który był zgłaszany przez różne środowiska. Myślę, że powinniśmy docenić jego znaczenie, budując jakby podwaliny może nie nowego systemu, ale systemu bardziej zrationalizowanego, żeby należycie wykorzystywać potencjał, który mamy w systemie opieki zdrowotnej, by usprawnić funkcjonowanie ochrony zdrowia, ale też i w jakiś sposób wpłynąć na koszty świadczeń zdrowotnych. Dlatego wystąpiliśmy do MZ o przygotowanie materiału na ten temat.

Wiem, że na sali są konsultanci krajowi i wojewódzcy, jak również przedstawiciele innych środowisk. Dlatego potem poproszę, żeby państwo też się wypowiedzieli na temat tego, jak faktycznie wygląda kwestia farmacji szpitalnej, jak w praktyce jest to realizowane i jakie państwo mają uwagi czy komentarze. Może są jakieś wnioski, które można by było wprowadzić i wdrożyć, żeby rzeczywiście usprawnić system. Bardzo proszę, ponownie przedstawiciele MZ.

Główny inspektor farmaceutyczny Łukasz Pietrzak:

Dzień dobry ponownie. Łukasz Pietrzak, główny inspektor farmaceutyczny.

Oczywiście, jak już wspominałem, podzielimy się troszeczkę tematem z panią dyrektorem, ponieważ jako urząd na polecenie pani minister przygotowywaliśmy jakiś czas temu nie tyle procedury, ile plan dla farmacji klinicznej.

Szanowna pani przewodnicząca, szanowna podkomisjo, szanowni goście, farmacja kliniczna to jest przede wszystkim optymalizacja farmakoterapii, nadzór nad racjonalnym zastosowaniem leków, kontrola nad bezpieczeństwem farmakoterapii, jak i oczywiście zapobieganie problemom lekowym. Co to daje? Daje to przede wszystkim spadek ponownych hospitalizacji i spadek czasu trwania hospitalizacji średnio o 2 dni. Mamy zresztą nawet polskie dane. Efektem jest również wzrost jakości farmakoterapii i oczywiście obniżenie kosztów leczenia.

Największym problemem, jeżeli chodzi o farmację kliniczną w naszym kraju, jest przede wszystkim mała liczba osób, które mogą pracować w ramach tychże usług. Być może te dane się już zmieniły i za chwilę zostaną skontrolowane przez panią profesor, ale mamy około 400–500 farmaceutów klinicznych, czyli średnio jednego farmaceuty klinicznego na szpital. Natomiast standardy, znane chociażby z Wielkiej Brytanii, pokazują, że mogłoby to być jeden farmaceuta na 20 łóżek szpitalnych. W gruncie rzeczy mamy więc przepaść, jeżeli chodzi o nasze możliwości.

Pierwszy element na pewno więc musi być związany z kształceniem większej liczby farmaceutów klinicznych, jak i oczywiście opracowaniem zmian w ich kształceniu. Muszą być przedmioty interdyscyplinarne z innymi zawodami medycznymi. Chodzi również o rozważenie wprowadzenia rezydentur do podmiotów leczniczych, co też mogłoby zmienić funkcjonowanie farmacji.

Oczywiście zawód farmaceuty musi być traktowany jako indywidualna praktyka zawodowa, co daje możliwość prowadzenia działalności gospodarczej poza apteką, jak również zrównany z innymi zawodami medycznymi w ustawie o działalności leczniczej. Określenie standardu usługi farmacji klinicznej powinno być uregulowane ustawowo. Chodzi przede wszystkim o katalog uprawnień, bo to też jest istotne. Dodatkowo w systemie refundacji należy ująć świadczenie usług farmacji klinicznej w podmiotach leczniczych, czyli zarówno wycenę i taryfikację, jak i wprowadzenie tego do katalogu.

Dodatkowo należy umiejscowić farmaceutę klinicznego na oddziałach szpitalnych. Jako część zespołu opieki medycznej w szpitalu musi być on zaangażowany w monitoring przyjmowania leków, w konsultacje pacjentów, w zapewnianie informacji odnośnie do farmakoterapii lekarzom i pozostałym członkom zespołu, w prowadzenie badań klinicznych oraz w przygotowywanie preparatów przyjmowanych przez pacjentów. Chodzi też oczywiście o ujęcie farmaceuty klinicznego w opiece koordynowanej, a dodatkowo o nadanie mu uprawnień w zakresie dostępu do pełnej dokumentacji medycznej, jak też o cyfryzację i elektroniczną tę dokumentację, jakkolwiek by to dziwnie nie zabrzmiało, ponieważ jest to oczywiście istotne w procesie decyzyjnym dotyczącym dobrostanu pacjenta. Ważne jest również włączanie farmaceutów klinicznych w edukację pacjenta hospitalizowanego na temat zasad farmakoterapii, prowadzenie przez nich cyklicznych szkoleń w zakresie edukacji dla przedstawicieli innych zawodów medycznych, jak i oczywiście przyznanie farmaceutom uprawnień do pełnienia funkcji głównego badacza w zakresie badań klinicznych.

Dodatkowo, o czym zresztą wspominał pan dyrektor Oczkowski, ważne jest wykorzystanie nadmiarów technologicznych leków, gdyż według różnych szacunków dzięki zmianie rozporządzenia prezesa NFZ tylko teraz moglibyśmy zaoszczędzić około 50–60 mln zł, co też jest istotne. Dodatkowo należy rozszerzyć katalog przypadków bezpośredniego wydawania leków z apteki szpitalnej.

Mimo że nie miałem brać udziału w tejże dyskusji, gdyż staram się skupiać na farmacji klinicznej, powiem przy okazji, że w przypadku programów lekowych istotne byłoby to, żebyśmy wykorzystali potencjał badań farmakogenetycznych, gdyż jest to coś, co chociażby w Wielkiej Brytanii robi wielu świadomych pacjentów kierowanych przez swoich lekarzy. Tak więc jednorazowe badanie rzędu 200–400 zł i wyrobienie paszportu farmakogenetycznego mogą być potem podstawą do wykorzystania przez pacjentów i lepszego doboru dawek. Nawet w zeszłym tygodniu moja znajoma, która jest genetykiem, wspominała o pacjentce, której wyniki badań farmakogenetycznych przyszły z Wielkiej Brytanii tydzień po tym, jak zmarła z powodu podania 5-fluorouracylu (5-FU), którego de facto, jak się okazało, brać nie powinna, co oczywiście wynikło z tych badań.

Być może to też taki mały element związany z lepszym wykorzystaniem leków w przyszłości, a przynajmniej w obrębie programów lekowych, ponieważ myślę, że system badań i późniejszego wykorzystania tychże informacji poprzez racjonalizację farmakoterapii w perspektywie zlecenia

jej przez lekarzy byłby istotnym elementem obniżającym koszty, jak też podnoszącym efektywność. To jest moje zdanie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Przepraszam. Jeszcze raz. Jakie to jest badanie?

Główny inspektor farmaceutyczny Łukasz Pietrzak:

Farmakogenetyczne. Może się okazać, że na przykład 500 mg paracetamolu to jest maksymalna dawka dla pani poseł. Okazuje się, że to jest bardzo dużo. Chociażby jakoś na początku roku rozmawialiśmy o metamizolu. Przykład bardzo charakterystyczny. W Skandynawii występowanie agranulocytozy po podaniu metamizolu, potocznie zwanego pyralginą, w przypadku samodzielnego stosowania leku występuje raz na 1,3 tys. leczonych osób, natomiast w naszej populacji to 1,02 przypadku na 1 mln zastosowań, co pokazuje ogromną różnicę nie tylko osobniczą, ale w obrębie danej populacji, która na pewno powinna być zarysowana, przynajmniej jeżeli chodzi o programy lekowe.

Pan dyrektor nie wspomniał o tym, że aktualnie programy lekowe mają podobny poziom refundacji jak populacyjna refundacja apteczna, co też pokazuje, że 300 tys. pacjentów to naprawdę są osoby, którymi nasze państwo opiekuje się na bardzo wysokim poziomie. Tym bardziej więc myślę, że aby racjonalnie podchodzić do farmakoterapii, przynajmniej w przypadku tych osób, które są poddane terapiom obciążonym zmiennością farmakogenetyczną, należałoby zrobić badanie za 200–400 zł. Przy jednorazowym wydaniu leku za 40 tys. zł nie byłoby to ogromnym kosztem, zwłaszcza że niejednokrotnie pozwalałoby to na dostosowanie dawki, a nawet wykluczenie z danego leczenia, ponieważ większość naszych działań niepożądanych, a to jest około 30 tys. hospitalizacji rocznie, bardzo często wynika nie tyle z błędów w farmakoterapii, ale z tego, że standardowe dawki, które mamy nawet w przypadku leków bez recepty, są czasami dla nas zbyt mocne.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Rozumiem, że będzie jeszcze uzupełnienie.

Dyrektor departamentu MZ Katarzyna Piotrowska-Radziejczak:

Tak. Dziękuję, pani przewodnicząca. Katarzyna Piotrowska-Radziejczak, dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji.

Krótko uzupełnię to, co pan minister powiedział, odnosząc się do rozwiązań, które zostały zaprezentowane w raporcie z zakresu farmacji klinicznej oraz działalności farmaceutów w podmiotach leczniczych z 2022 r.

Chciałam krótko powiedzieć o tym, co udało się zrealizować w ramach prac MZ. Zwiększono rolę farmaceuty w szpitalu oraz jego obecność na oddziałach szpitalnych w systemie ochrony zdrowia. Wprowadzono inwestycje w szkolenie i rozwój kadr farmaceutów, w szczególności poprzez zwiększenie liczby specjalistów w dziedzinie farmacji klinicznej i szpitalnej, a także zmieniono system kształcenia farmaceutów, kładąc większy nacisk na praktykę kliniczną obejmującą większy zakres przekazywanej wiedzy oraz szczegółowe specjalizacje przygotowujące do wykonywania zawodu. Rozszerzono zakres kompetencji farmaceutów i rozwinięto infrastrukturę farmaceutyczną w szpitalach. Dokonano również inwestycji ze środków krajowych oraz europejskich, które miały na celu rozwój farmacji szpitalnej w aspekcie kształcenia farmaceutów i rozwoju infrastruktury.

Jeśli chodzi o bardziej szczegółowe informacje na przykład w zakresie kształcenia farmaceutów, to obecnie mogą oni uzyskać tytuł specjalisty, który potwierdza posiadanie określonych kwalifikacji zawodowych, po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego ustalonego programem tego szkolenia albo po uznaniu dotychczasowego dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie farmacji, jak również po zdaniu państwowego egzaminu specjalizacyjnego dla farmaceutów.

Farmaceuci mogą uzyskać tytuł specjalisty m.in. w dziedzinie farmacji szpitalnej. Obecnie 8 jednostek posiada akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w wymienionej dziedzinie. Dysponują one 463 miejscami szkoleniowymi, a 299 osób jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie farmacji szpitalnej. Do dziś 502 osoby zaliczyły państwowy egzamin specjalizacyjny w dziedzinie farmacji szpitalnej z wynikiem pozytywnym.

Po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie farmacji szpitalnej i otrzymaniu tytułu specjalisty farmaceuta uzyskuje szczególne kwalifikacje, które umożliwiają m.in. samodzielne kierowanie apteką szpitalną lub oddziałem farmacji szpitalnej, nadzór nad dystrybucją produktów

lecniczych i wyrobów medycznych, współuczestniczenie w pracy zespołów szpitalnych, prowadzenie opieki farmaceutycznej nad pacjentem hospitalizowanym, udzielanie naukowych informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych oraz współpracę z personelem medycznym w zakresie optymalizacji farmakoterapii. Kwalifikacje te pozwalają na nadzór nad prawidłowym użytkowaniem, przechowywaniem i przygotowywaniem produktów leczniczych i wyrobów medycznych na oddziałach szpitalnych, jak również na pozyskiwanie danych o działaniach niepożądanych produktów leczniczych i ich wadach jakościowych oraz zdarzeniach i incydentach dotyczących wyrobów medycznych, a także na współpracę z personelem medycznym w procesie ich zgłaszania odpowiednim organom. Farmaceuta szpitalny może też współuczestniczyć w planowaniu i realizacji polityki lekowej szpitala, w tym w działaniach służących ekonomizacji procesu leczenia.

Dodatkowo MZ jest beneficjentem projektu pod tytułem „Szkolenie specjalizacyjne dla osób wykonujących zawód fizjoterapeuty i farmaceuty” w ramach programu „Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego” (FERS). W naszym ministerstwie odpowiedzialny jest za to Departament Rozwoju Kadr Medycznych. Projekt został uruchomiony w celu podniesienia kompetencji m.in. farmaceutów i farmaceutek, którzy przystępują do szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie farmacji szpitalnej lub farmacji klinicznej, dając tym samym możliwość uzyskania tytułu specjalisty. Jest to odpowiedź na rekomendację, która została umieszczona w raporcie, a dotyczyła właśnie wprowadzenia standardu dla usługi farmacji klinicznej, który byłby stale aktualizowany zgodnie z rozwojem nauki i potrzebami pacjentów. Polega to na dofinansowaniu szkolenia specjalizacyjnego dla jego uczestników, którzy realizują je w poszczególnych modułach określonych w programie szkolenia specjalizacyjnego. Projekt, którego wartość wynosi ponad 40 mln zł, jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków FERS. Na dzień 8 lipca br. projektem zostało objętych 123 farmaceutów oraz farmaceutek realizujących szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie farmacji szpitalnej.

Możemy się też pochwalić inwestycjami, które zostały poczynione ze środków krajowych. W ramach środków pochodzących z budżetu państwa z części 46 – Zdrowie na inwestycje i programy wieloletnie w okresie 2022–2025 finansowaniem zostały objęte inwestycje... Króciutko tylko wskażę jako przykład utworzenie apteki wraz z pracownią cytostatyczną wyposażoną w innowacyjne rozwiązania techniczne i sprzętowe w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Kwota dofinansowania wyniosła ponad 38 mln zł. Inną inwestycją było wybudowanie budynku nr 4 z apteką oraz pomieszczeniami magazynowymi i biurowymi w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie. Kwota dofinansowania to prawie 14 mln zł. Dodatkowo w latach 2022–2024 na wniosek beneficjentów sfinansowane zostały zakupy inwestycyjne trzech chłodziarek farmaceutycznych. Utworzona została również pracownia cytostatyków. Beneficjentem był Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Jana Biziela w Bydgoszczy. Kwota dofinansowania wyniosła ponad 2 mln zł.

Dodatkowo należy wskazać, że obszar farmacji ujęty jest także w programach wieloletnich, w tym w ramach realizowanego obecnie projektu „Podniesienie jakości i dostępności świadczeń medycznych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”. Tutaj jest jeszcze wiele innych podmiotów, które uzyskały dofinansowania, ale też właśnie...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ale myślę, że skoro była taka informacja, że są inwestycje, to nie będziemy może ich wymieniać.

Dyrektor departamentu MZ Katarzyna Piotrowska-Radziejczak:

Dokładnie tak, więc nie będę już tego wymieniać. Niejako podsumowując, chciałam powiedzieć, że jako MZ widzimy, że farmacja szpitalna stoi przed wieloma wyzwaniami, które wymagają skoordynowanego działania na poziomie systemowym. Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Głównym Inspektoratem Farmaceutycznym podejmuje również działania, żeby wzmacniać farmację kliniczną. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję za informację, która opisuje stan aktualny i to, co powinno być, bo państwo bardziej chyba w tym kierunku nas informowali.

Natomiast teraz bardzo prosiłabym o wypowiedzi państwa praktyków, którzy na co dzień zderzają się z problemami w wykonywaniu ważnej roli farmaceuty szpitalnego. Czy pani konsultant zacznie? Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie farmacji klinicznej Anna Wiela-Hojeńska:

Anna Wiela-Hojeńska, konsultant krajowy w dziedzinie farmacji klinicznej.

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, zapisy ustawy o zawodzie farmaceuty są bardzo istotne w kontekście dolegliwości polskiego systemu ochrony zdrowia i rosnącej polifarmakoterapii, a zwłaszcza ryzyka polipragmazji, niewystarczającej ilości czasu przewidzianej na wizytę lekarską i niewystarczającego poziomu zgłaszania działań niepożądanych, a także starzenia się społeczeństwa i rosnącej liczby osób, które cierpią z powodu chorób przewlekłych, jak również niedoboru personelu medycznego.

Wspomniany już raport z 2022 r., dotyczący udziału farmaceuty klinicznego w pracach wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych, jest nie do przecenienia. Chciałabym jeszcze podkreślić bardzo ważną i pożądaną obecność farmaceuty klinicznego w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Powołanie takiej funkcji zapewnia korzyści zarówno pacjentom, jak i pracownikom ochrony zdrowia. Wspomniany raport zawiera konkretne rekomendacje w zakresie m.in. świadczenia usług farmacji klinicznej, koncyliacji lekowej, przeglądu lekowego i terapii monitorowanych jako wsparcia zespołu terapeutycznego oraz edukacji, w tym usług lek specjalistyczny i nowy lek jako wsparcia pacjenta.

Jeśli chodzi o raporty badające zaufanie do zawodów medycznych, to nieustannie wskazują one na to, że farmaceuci są w gronie tych profesjonalistów z zakresu ochrony zdrowia, którym Polacy ufają najbardziej. Nowoczesny system opieki zdrowotnej musi być tak zorganizowany, aby w centrum uwagi było dobro pacjenta i aby świadczone usługi przy optymalnych kosztach były wysokiej jakości, a jednocześnie aby wspierał on pracowników ochrony zdrowia.

Oblicze farmacji klinicznej się zmienia, bo jej początki były u nas w Polsce w latach 70. XX w. Oczywiście jest to odpowiedzią na potrzeby w zakresie poprawy farmakoterapii pacjentów. Była już tutaj mowa o tym, że jest zbyt mała liczba specjalistów w dziedzinie farmacji klinicznej.

Szanowni państwo, chciałabym jednak podkreślić, że zgodnie z ustawą o zawodzie farmaceuty usługi farmacji klinicznej może wykonywać zarówno specjalista farmacji klinicznej, jak i szpitalnej, ale też farmakologii. W polskich warunkach wielu farmaceutów podejmuje opiekę nad pacjentem właśnie z poziomu apteki szpitalnej. Była już mowa o tym, że zwiększa się liczba akredytowanych jednostek szkolących. Do niedawna rzeczywiście były tylko dwie jednostki, a w tej chwili mamy ich już osiem. Realizowany jest nowy program specjalizacji z 2023 r. Chciałabym podkreślić, że farmaceuci uzyskują kompetencje do świadczenia usług farmacji klinicznej nie tylko w szpitalach, poradniach przyszpitalnych, POZ, hospicjach stacjonarnych i domowych, domach opieki społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i aptekach, ale też do prowadzenia działalności profilaktycznej oraz działalności na rzecz promocji zdrowia zgodnie z aktualnym stanem wiedzy.

Szanowni państwo, rozwój farmacji klinicznej wspierają konsultanci wojewódzcy. W tej chwili są oni powołani w 10 województwach. Bezcenna jest także działalność od 2020 r. Polskiego Towarzystwa Farmacji Klinicznej. W 2021 r. ukazał się istotny dokument „Koncyliacja lekowa. Standard Polskiego Towarzystwa Farmacji Klinicznej”.

Jakość opieki farmaceutycznej zależy od właściwie prowadzonej edukacji, również przeddyplomowej. Szanowni państwo, studenci postulują chęć zdobywania wiedzy praktycznej. Chcieliby mieć więcej zajęć z komunikacji z pacjentem, korzystania z centrów symulacji i wizyt na oddziałach szpitalnych. Propozycja zmiany standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu farmaceuty, którą opracował zespół powołany przez ministra zdrowia, została zakończona w 2023 r. Cały czas czekamy na reformę studiów farmaceutycznych.

Nie do przecenienia są jakość i dobór odpowiednich form kształcenia. W tej chwili istnieją już próby wprowadzenia edukacji interprofesjonalnej. Barrierami we wdrażaniu nowych usług są braki w zakresie określonego modelu finansowania, standaryzacji i zunifikowania metod wdrażania. W ustawie o zawodzie farmaceuty powinien być zamieszczony zapis dotyczący dostępu do dokumentacji medycznej. Jak już wspominałam, farmacja kliniczna jest ściśle związana z farmacją szpitalną. Następuje wyraźne przeorientowanie zainteresowań farmaceutów, które dotychczas ukierunkowane były ściśle na wytwarzanie i dyspensowanie leków, w kierunku aktywnego rozpoznawania i zaspokajania potrzeb indywidualnych pacjentów. Chodzi oczywiście o zapewnianie im skutecznej, bezpiecznej farmakoterapii, jak również przeorientowanie ku aktywnemu uczestniczeniu w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Dziękuję za uwagę.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Teraz rozpoczniemy dyskusję. Może po kolei. Chciałabym jeszcze, żeby konsultanci wojewódzcy też zgłosili jakieś uwagi. Proszę się przedstawić.

Prezes PTFK Kamila Urbańczyk:

Szanowni państwo, nazywam się Kamila Urbańczyk. Jestem prezesem PTFK i członkiem zarządu Europejskiego Towarzystwa Farmacji Klinicznej, a na co dzień przede wszystkim farmaceutą klinicznym, bo od 8 lat pracuję bezpośrednio z pacjentami na oddziałach szpitalnych. Jestem również nauczycielem akademickim.

Przed wszystkim farmacja kliniczna to jest jedno z rozwiązań, które przynoszą korzyści wszystkim uczestnikom systemu opieki zdrowotnej. Wybrzmiało już tutaj, na czym mniej więcej polegają te usługi i co możemy zrobić jako farmaceuci kliniczni, ale w tej chwili są to inicjatywy oddolne. Dysponujemy ustawą i definicją usług oraz raportem, który przygotowaliśmy, ale niestety brakuje nam dalej realnych rozwiązań, żebyśmy mogli aktywnie włączyć się w bezpośrednią opiekę nad pacjentem, ponieważ nasze usługi przynoszą liczne korzyści. Chciałabym, żebyśmy troszeczkę skupili się na tych korzyściach i właśnie to szczególnie zapamiętali, bo inwestycja w farmaceutów przynosi nie tylko zwiększoną jakość opieki, ale też korzyści finansowe.

Na pierwszym miejscu mamy pacjenta. Przed wszystkim ze względu na współpracę farmaceuty w obrębie zespołu, bo oczywiście jest to efekt sumaryczny tej współpracy z pozostałym personelem medycznym, mamy zwiększone bezpieczeństwo farmakoterapii, minimalizację zdarzeń związanych z lekami, satysfakcję pacjenta z jakości opieki i dostarczonej edukacji, minimalizację interakcji lekowych i polipragmazji, o której tak bardzo dużo mówimy, krótsze leczenie i mniej ponownych hospitalizacji. Jeśli chodzi o podejście systemowe, to de facto farmaceuci jako członkowie zespołu leczącego minimalizują czas, który inni muszą poświęcić na opiekę, a wiemy, jak małe są teraz zasoby kadrowe. Jako farmaceuci, włączając się w ten proces, jesteśmy w stanie realnie odciążyć zarówno lekarza w procesie leczenia, jak i personel pielęgniarstwa oraz pozostały personel, bo na co dzień pracujemy i z fizjoterapeutami, i z diagnostami, i z dietetykami, więc to jest realne odciążenie. To wszystko przekłada się przede wszystkim na finanse publiczne, bo cały czas leży nam to na sercu. Chcemy zadbać o jakość, ale jednocześnie zminimalizować koszty. Myślę, że nie jest to rozwiązanie wszystkich naszych problemów, ale zdecydowanie farmacja kliniczna adresuje obie te rzeczy, bo zmniejszamy wydatki bez utraty jakości.

Posiadamy realne dane, które pochodzą zarówno z innych krajów, gdzie było to wdrażane już w latach 70. XX w., tak jak wspomniała pani profesor, jak i dane krajowe. Tak jak było powiedziane, dzięki opiece interprofesjonalnej z udziałem farmaceuty średni czas hospitalizacji pacjenta zmniejsza się o 2 dni. To jest też przedmiot mojej pracy doktorskiej.

Na przykładzie swojego ośrodka mogę potwierdzić, że przy objęciu pacjenta taką ścisłą opieką farmaceuty w trakcie hospitalizacji skracamy jego pobyt w szpitalu, jeśli sobie przeliczymy oszczędzeń na danym oddziale. U mnie na przykład na oddziałach zabiegowych to jest akurat 800 zł za jeden dzień. Jeśli przemnożymy to razy dwa albo w skali roku, to wychodzą nam naprawdę bardzo duże oszczędności.

Wtedy mamy chociażby przestrzeń na realizację wspomnianych programów lekowych, bo polega to na kompleksowej opiece nad pacjentem. Zmniejsza się też liczba rehospitalizacji, ponieważ jeśli również pod względem farmakoterapii mamy lepiej skoordynowaną opiekę, to pacjent nie wraca do szpitala, nie potrzebuje pilnej opieki w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR) i dodatkowych wizyt w ramach POZ ze względu na działania niepożądane czy niezrozumienie terapii.

Posiadamy również takie dane, bo ma to odzwierciedlenie w literaturze, że jest to realna redukcja kosztów, nie mówiąc już o lepszej gospodarce lekiem. Powiedzmy, że średnio w krajach takich jak Wielka Brytania, gdzie jest to już rozwinięte od ponad 30 lat, w przeliczeniu na 1 euro inwestycji w farmaceutę ma się zwracać co najmniej 5 euro, tak? Na przykładzie swojego ośrodka wskażę, że to jest wskaźnik przynajmniej 1 do 9 w sytuacji polskiej.

Mówimy więc o realnej inwestycji, która tu i teraz przynosi zwrot, jeśli chodzi o opiekę nad pacjentem, ale niestety w dalszym ciągu jesteśmy białą plamą na mapie Europy. Nasi sąsiedzi mają wdrożone usługi farmacji klinicznej zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej, jak i w szpitalu. Tak jest chociażby w Czechach czy Słowenii. Jesteśmy co najmniej 15 lat do tyłu, jeśli chodzi o to wdrożenie. Niestety nie mamy na co czekać, tylko musimy to zrobić tu i teraz, ponieważ zmniejsza się również zainteresowanie samą farmacją. Inaczej tak naprawdę utracimy korzyści

i studenci nie będą zainteresowani, jeśli nie będą mieli też perspektywy rozwoju. Mamy kilka aspektów, takich jak starzejące się społeczeństwo, niedobór kadr i ograniczenia finansowe. Jako farmaceuci jesteśmy gotowi. Realizujemy specjalizacje po to, żeby w ten proces się włączyć.

Konkludując, żeby ten potencjał został wykorzystany, jeśli chcemy lepszej koordynacji opieki i odwrócenia piramidy świadczeń, bo o tym cały czas mówimy, to musimy pilnie i systemowo wdrożyć usługi farmacji klinicznej. Tak naprawdę chodzi głównie o włączenie farmaceutów w proces opieki w szpitalach, w opiece ambulatoryjnej, w programach opieki koordynowanej, w POZ czy w opiece długoterminowej. Nawet jeśli mówimy o pewnych ograniczeniach w zakresie liczby personelu, które przed nami stoją i które są realne w przypadku wszystkich zawodów, to zaczniemy chociażby od obszarów priorytetowych w ochronie zdrowia, na przykład od szpitali III poziomu zabezpieczenia, czyli takich, gdzie opieka specjalistyczna musi być na najwyższym poziomie. Jednocześnie potrzebujemy stworzenia ram finansowych dla tych usług i uwzględnienia farmaceutów w strategicznych planach reformy. To nie jest już tak naprawdę tylko postulat naszego środowiska, ale po prostu konieczność systemowa, bo zwyczajnie nie stać nas dłużej na niewykorzystanie tego potencjału. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo za ten ważny głos.

Myślę, że w 100% akceptujemy to, co pani powiedziała. Założeniem naszej podkomisji jest właśnie pokazanie w świetle dziennym pewnego rozwiązania, które może nie mieć w zasadzie żadnych dużych i jakoś istotnych kosztów, jeżeli chodzi o system, natomiast może znacznie usprawnić opiekę i poprawić funkcjonalność szpitali, a nawet, jak myślę, wygenerować pewne oszczędności. To jest istotne. Myślę, że barierą jest to, o czym w pewnym momencie pani powiedziała, czyli liczba farmaceutów klinicznych. Myślę, że można byłoby to wdrożyć na każdym poziomie szpitala, niezależnie od tego, czy to jest szpital powiatowy, wojewódzki, specjalistyczny III poziomu czy ogólnopolskiego poziomu. Trochę myślenia w tym kierunku...

Wraz z koleżanką mamy doświadczenie w zarządzaniu szpitalami. Moje jest takie, że w sytuacji, kiedy farmaceuta był włączany w proces terapii w oddziałach, to rzeczywiście przynosiło to efekt. W dużej mierze zależy to też od zespołu terapeutycznego, szefa, ordynatora czy kierownika, który jakby uzna fachowość tych osób i ich wsparcie. Chodzi nie tylko o farmaceutów szpitalnych, ale też na przykład diagnostów, którzy odgrywają istotną rolę w procesie diagnostycznym, tak?

Dziękuję za ten głos. Myślę, że nasz przekaz jest obserwowany. Sądzę, że będzie to też docierało do różnych środowisk. Słuchają tego przedstawiciele MZ. Natomiast wspomniała pani o tym, że wdrożenie farmacji szpitalnej w pełnym zakresie jej działalności będzie wymagało zmian legislacyjnych. Tak to rozumiałam. Prosiłabym ewentualnie ministerstwo o zdefiniowanie stanu prawnego, który mamy dzisiaj. Rola farmaceuty klinicznego w szpitalu jest określona. Jest on widziany na przykład w koszyku świadczeń zdrowotnych jako członek zespołu terapeutycznego. Czy będzie to wymagało jakiejś legislacji, czy nie? Może byśmy też o tym pomyśleli.

Dziękuję bardzo. Zapraszam do zabrania głosu.

Konsultant krajowy w dziedzinie farmacji szpitalnej Krystyna Chmal-Jagiello:

Dzień dobry. Krystyna Jagiello, konsultant krajowy do spraw farmacji szpitalnej.

Moje koleżanki zwróciły uwagę na jedną stronę farmacji szpitalnej i farmacji klinicznej, gdzie faktycznie może to przynieść duże oszczędności w farmakoterapii. Chciałam zwrócić uwagę na drugą część apteki szpitalnej. Gdy powstawały apteki szpitalne, były to miejsca, gdzie się produkowało leki, za którymi przemysł nie nadążał, tak? Najpierw produkowaliśmy płyny infuzyjne, glukozę, roztwór Ringera i wszystko, co było potrzeba. Później okazało się, że nie ma cytostatyków i musieliśmy na gwałt tworzyć pracownie, żeby przygotować je indywidualnie dla pacjenta. Potem było żywienie pozajelitowe. Proszę zobaczyć, że apteka szpitalna to jest miejsce, w którym sterylnie wykonuje się leki dla pacjenta.

Chciałabym zwrócić uwagę na coś, o czym koledzy na pewno powiedzą bardziej dokładnie. Jakie oszczędności może przynieść apteka szpitalna, wykonując preparaty seryjne dla poszczególnych pacjentów, indywidualnie dla nich? Dlaczego tylko sterylnie musimy przygotowywać cytostatyki czy żywienie pozajelitowe? Przecież pacjent dostaje również antybiotyki we wlewach i preparaty dokanałowe, które nie są wyrabiane w sterylnych warunkach przez fachowy personel, choć tak być powinno. Dlaczego lekarz musi wiedzieć, w czym rozcieńczyć lek, w czym rozpuścić, jaka jest droga podania, jaki jest szybki wlew? Każdy lek ma inną kartę charakterystyczną.

W związku z tym farmaceuta jest niezmiernie potrzebny do tego, żeby zacząć wprowadzać leki indywidualnie przygotowane dla pacjenta.

Proszę państwa, byłam przerażona, gdy zobaczyłam, jakie są wymagania co do nowych akredytacji. Pielęgniarki nie są w stanie tego przygotować dla 70 pacjentów trzy razy dziennie, kiedy lek ma być zrobiony w odpowiednich warunkach. Najlepiej, gdyby miały specjalne łóżka laminarne, gdzie nawet małe strzykawki muszą być opisane imieniem i nazwiskiem, lekiem oraz dawką. Jeżeli to nie będzie robione centralnie, to tego typu rzeczy nigdy tak naprawdę nie da się dobrze zrobić.

Apteki szpitalne przez parę dobrych lat były trochę zaniedbane, w związku z czym na gwałt zaczęły powstawać pracownie cytostatyczne, nie zawsze tak jak powinny. Po latach jednak zauważyłam, że teraz jest naprawdę dużo lepiej, tylko trzeba popatrzeć na to szerzej. Chodzi nie tylko o cytostatyki i o żywienie pozajelitowe, ale również o pozostałe leki, które mogą nam przynieść oszczędności. Chciałabym, żeby koledzy powiedzieli też o oszczędnościach. Kto teraz chciałby coś powiedzieć?

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To bardzo proszę.

Wiceprezes NRA Alina Górecka:

Alina Górecka, wiceprezes NRA.

Proszę państwa, w tej chwili wyroby medyczne to druga pozycja w budżecie każdego szpitala. Często jednak apteka, która zarządza tym asortymentem, zwłaszcza w szpitalach powiatowych, jest traktowana wyłącznie jako koszt. Czyli co? Najlepiej tylko jeden magister farmacji, a pomieszczenia najmniejsze, jakie mogą być. Są wieloletnie zaniedbania inwestycyjne, zwłaszcza w szpitalach powiatowych.

Teraz można by zapytać: „Ale przecież mają państwo nadzór merytoryczny, tak?”. Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna, która kontroluje apteki szpitalne, sprawuje nadzór merytoryczny nad tą działalnością, ale niestety nawet negatywne wyniki kontroli, opisujące dla podmiotu prowadzącego aptekę szpitalną... Tak naprawdę, proszę państwa, inspekcja nie ma dzisiaj żadnych narzędzi w zakresie sankcji, bo ani nie może nałożyć kary finansowej, ani nie ma to przełożenia na sposób kontraktowania przez płatnika, ani nawet nie może odebrać zezwolenia. Jeśli apteka otwarta nie zastosuje się do zaleceń pokontrolnych inspektora, to inspektor może odebrać zezwolenia, ale aptecę szpitalnej nie może. Dlaczego? Dlatego, proszę państwa, że 280 aptek w Polsce działa bez zezwolenia. Tak więc gdyby ze strony płatnika była na przykład jakaś reakcja, jeśli podmiot, który kontraktuje świadczenia zdrowotne, miałby negatywne wyniki kontroli PIW, to myślę, że wpłynęłoby to na wzrost poziomu aptek, zwłaszcza w szpitalach powiatowych. Cały trud włożony przez inspekcję w kontrolowanie aptek szpitalnych trzeba wykorzystać przy kontraktowaniu z NFZ.

Wielokrotnie padał temat raportu z 2022 r., który jak gdyby nakreślił kierunki rozwoju farmacji szpitalnej i klinicznej. Naczelna Izba Aptekarska pozwoliła sobie przekazać na ręce pani przewodniczącej materiał dotyczący rekomendacji, a więc tego, czego byśmy oczekiwali, żeby dalej było wdrażane na rzecz rozwoju farmacji szpitalnej.

To by było na tyle, co chciałam powiedzieć. O głos proszę jeszcze kolegów.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Rzeczywiście informacja o 280 szpitalach, w których apteki nie spełniają... Tak to rozumiem.

Wiceprezes NRA Alina Górecka:

Nie, pani przewodnicząca, to nie jest tak, że one źle działają, tylko w rejestrze funkcjonują jako apteki bez zezwolenia.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Proszę włączyć mikrofon, bo się nie nagra.

Wiceprezes NRA Alina Górecka:

To apteki, o których nie można powiedzieć, że one nie spełniają... Nie mają zezwolenia, czyli nie mają decyzji administracyjnej PIW zezwalającej na prowadzenie apteki.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Czegoś nie spełniają.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Czyli nie spełniają jakiegoś warunku, tak?

Wiceprezes NRA Alina Górecka:

Nikt tego nie weryfikował.

Konsultant krajowy w dziedzinie farmacji szpitalnej Krystyna Chmal-Jagiełło:

Nie ma weryfikacji.

Mazowiecki konsultant wojewódzki w dziedzinie farmacji szpitalnej Ewa Steckiewicz-Bartnicka:

Tylko ad vocem, jeżeli mogę się odnieść do tego punktu. Szanowni państwo, szanowna pani przewodnicząca, przepraszam bardzo. Ewa Steckiewicz-Bartnicka, konsultant wojewódzki w dziedzinie farmacji szpitalnej dla województwa mazowieckiego, przewodnicząca Ogólnopolskiej Sekcji Farmacji Szpitalnej Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.

Tylko w tej kwestii. To nie jest tak, że te apteki źle funkcjonują, bo na Mazowszu przykładem jest choćby apteka w Centrum Zdrowia Dziecka, która działa super. W latach, kiedy powstawały, nie musiały uzyskać oddzielnego pozwolenia. Nie jest więc tak, że w czambuł te apteki nie spełniają wymogów, natomiast rzeczywiście powinny być ponownie zweryfikowane, a ich stan oceniony.

To tylko tytułem uzupełnienia, bo potem chciałabym jeszcze zabrać głos. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję, bo już się przeraziliśmy, że tyle aptek... Bardzo proszę.

Prezes Polskiego Stowarzyszenia Farmaceutów Onkologicznych Sławomir Waryszak:

Dzień dobry, szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, Sławomir Waryszak, prezes Polskiego Stowarzyszenia Farmaceutów Onkologicznych, członek zarówno światowego, jak i europejskiego stowarzyszenia, które zrzesza farmaceutów onkologicznych.

Szanowni państwo, włączając się do dyskusji o farmacji szpitalnej, chciałbym przedstawić dość nową i wąską specjalizację, którą jest farmacja onkologiczna, zajmująca się przygotowywaniem, podawaniem i nadzorowaniem leków stosowanych w leczeniu nowotworów. Jest to niezwykle ważny obszar, ponieważ leki onkologiczne z uwagi na ich toksyczność wymagają precyzyjnego dawkowania oraz specjalistycznej wiedzy w zakresie ich przygotowywania i podawania. Wykorzystanie farmaceutów onkologicznych i przygotowywanie leków w dedykowanych temu pracowniach cytostatycznych, które są składową częścią apteki szpitalnej, z jednej strony zapewnia bezpieczeństwo wykonywania tych produktów, personelu i pacjentów, ale z drugiej strony może również przynosić realne oszczędności w zakresie zmniejszenia pozostałości leku, które należałoby zutylizować, a także wykorzystania tzw. nadmiarów technologicznych, o których bez możliwości grawimetrycznego wykonania leków nie jesteśmy w stanie się dowiedzieć.

Na przestrzeni ostatnich lat w dziedzinie farmacji onkologicznej zaszło bardzo wiele zmian. Wprowadzono zaawansowane metody automatyzacji i robotyzacji procesów, co pozwala na precyzyjne i powtarzalne przygotowanie leków, minimalizując ryzyko błędów i skażenia. Coraz częściej możliwe jest przygotowywanie leków cytotoksycznych dostosowanych do indywidualnych potrzeb pacjenta, co zwiększa skuteczność terapii.

Proszę państwa, największą bolączką obecnie jest to, że aktem prawnym obejmującym wszystkie te zagadnienia jest rozporządzenie ministra zdrowia z 1996 r., zaktualizowane w niewielkim stopniu w 2000 r. Proszę państwa, jeśli w XXI w. w dobie cyfryzacji i lotów w kosmos mówimy o rozporządzeniu, które ma ponad ćwierć wieku, to trudno nam nadażyć za współczesnymi trendami. Od czasu wydania tego rozporządzenia metodologie i technologie związane z leczeniem chorób nowotworowych rozwinęły się znacząco. Nowe metody wymagają aktualizacji procedur i standardów bezpieczeństwa. Zmiana tego dokumentu pozwoli na lepszą ochronę i minimalizację ryzyka oraz zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów. Natomiast wydaje mi się, że aktualizacja rozporządzenia i dostosowanie przepisów do obecnych realiów powinny zapewnić jeszcze wyższy poziom bezpieczeństwa i higieny pracy, a także sprostać nowym wyzwaniom w dziedzinie opieki zdrowotnej, a co za tym idzie – zwiększyć realne oszczędności.

Tak jak wspomniałem, z jednej strony chodzi o zmniejszenie utylizacji leków niewykorzystywanych poprzez centralne wykonywanie leków w warunkach aseptycznych metodą chociażby grawimetryczną, czyli bardzo dokładną, a z drugiej strony o wykorzystanie nadwyżek technologicznych, o których nie wiemy, nie wykorzystując metody grawimetrycznej w pracowniach, tylko

wykonując leki metodą chociażby wolumetryczną, czyli bazując na danych i na objętości fiołki. Dziękuję bardzo.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

A jest taka specjalizacja jak farmacja onkologiczna?

Prezes PSFO Sławomir Waryszak:

W Polsce nie ma takiej specjalizacji. Natomiast Europejskie Stowarzyszenie Farmaceutów Onkologicznych wprowadziło europejską specjalizację z farmacji onkologicznej. Nazywa się ExCOP, czyli Excellence Course for Oncology Pharmacy.

Konsultant krajowy w dziedzinie farmacji szpitalnej Krystyna Chmal-Jagiello:

Chciałabym dodać, że jest to moduł, który jest bardzo dobrze rozwinięty i szkółący w zakresie przygotowywania leków w ramach specjalizacji z farmacji szpitalnej.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę.

Członek prezydium NRA Marcin Bochniarz:

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca.

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, jeszcze raz Marcin Bochniarz, członek NRA. Pracuję w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie – Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym, gdzie mam szansę wnieść troszkę swojego wkładu w zarządzanie owym ośrodkiem, w tym zarządzanie jakością. Chciałem się podzielić perspektywą osoby, która widzi, jak to wszystko funkcjonuje na co dzień w szpitalach.

Szanowni państwo, na początek chciałem nawiązać do poziomu budżetu, który jako farmaceuci szpitalni obsługujemy w skali kraju. Chociażby przywołane przez pana dyrektora Oczkowskiego kwoty refundacyjne, takie jak 11 mld zł w programach lekowych, to są wszystko pieniądze, które przechodzą przez ręce farmaceutów. Co z nimi zrobimy? Staramy się, aby te wydatki nie przewróciły nam podmiotów leczniczych i nie doprowadziły nas na krawędź przepaści. Przykładem jest jeden z leków zarejestrowanych w leczeniu chorób hematologicznych, który zawiera dawkę, jaka wystarczy dla 2–3 pacjentów w zależności od ich masy i wzrostu. Ma on wpisane w karcie charakterystyki, że może być tylko lekiem jednodawkowym, czyli może być podany jednemu pacjentowi. Wykorzystując swoją wiedzę, praktykę, kompetencje i uprawnienia, bo tu bardzo ważna jest matryca prawna, możemy sprawić, że ten lek jest podany nie jednemu pacjentowi, ale trzem, co eliminuje konieczność zakupu kolejnych leków.

Chciałem bardzo podziękować panu ministrowi Pietrzakowi, który tak naprawdę na samym początku zreferował największe problemy polskiej farmacji i wskazał elementy, które powinny zostać rozwiązane, a które chciałbym troszeczkę rozszerzyć, wskazując praktyczne przykłady. Kolega mówił o nadmiarach technologicznych. Szanowni państwo, przeanalizowałem wczoraj sprawozdanie NFZ dotyczące wartości refundacji akurat w programach lekowych. Posługując się danymi ze sporządzania grawimetrycznego, czyli w oparciu o obiektywną metodę oceny, ile leku jest rzeczywiście we fiołce, a więc ile tego cukru jest w cukrze, przeszacowałem sobie wartości nadmiarów za refundację 9 leków w programach lekowych w zeszłym roku. W skali Polski to jest 110 mln zł, które dzisiaj idą w kosz. Dziś te pieniądze są wyrzucane. Nie mam serca tego wyrzucać, więc po prostu dokupuję kolejne lodówki, w których przetrzymuję przeciwciała monoklonalne i immunoterapię, żeby po prostu ludziom pomóc, licząc na to, że kiedyś może pojawi się pacjent, który będzie tego potrzebował na przykład w leczeniu pozasystemowym, czyli w sytuacji, w której ten lek nie będzie refundowany systemowo, natomiast pacjent będzie spełniał kryteria kliniczne do zastosowania terapii. Tak to dziś wygląda. Takie to są pieniądze.

Chcielibyśmy to wykorzystać, ale do tego farmaceuci muszą mieć narzędzia, bo nie da się na oko powiedzieć, że tego leku jest więcej. Musimy mieć dowód. To znowu wymaga inwestycji. Jak mówiła pani doktor Chmal-Jagiello, apteki są naprawdę zaniedbane inwestycyjnie. Ze strony pani dyrektor z MZ słyszeliśmy o inwestycjach punktowych w farmacji szpitalnej. To wspaniale, że one się dzieją. Jestem tym zachwycony. Dziękuję też za to, że w „Krajowym planie odbudowy i zwiększania odporności” (KPO) znalazły się środki dedykowane aptekom szpitalnym, ale musimy ten projekt i tenże program pociągnąć. Program inwestycyjny musi przybrać ramy systemowe i powtarzalne, chociażby na wzór rozwiązań, które w obszarze diagnostyki są dedykowane zakładom patomorfologii czy laboratoriom genetycznym. W tej chwili mamy dwa otwarte nabory

konkursowe na dofinansowanie w zakresie doposażenia tych jednostek. Farmacja szpitalna również potrzebuje takiego dofinansowania.

Szanowni państwo, wiele mówimy o bezpieczeństwie i o adherencji, ale naprawdę w każdym ze szpitali na świecie, bo to nie jest tylko przypadek Polski, dochodzi do błędów w podaniu produktów leczniczych, do podania leku złemu pacjentowi w złej dawce, o złej godzinie i w złej postaci. Tego rodzaju błędy generują naprawdę spore koszty w postaci przedłużonych hospitalizacji i toksyczności, które następnie muszą być leczone, jak też powrotów i kolejnych hospitalizacji, które się zdarzyć nie powinny.

Czy nie należałoby systemowo wprowadzić w Polsce na przykład rozwiązania zamkniętej pętli w zarządzaniu produktem leczniczym, które łączy rozwiązania informatyczne i sprzętowe, ale również kulturę organizacyjną, w takim celu, aby pacjent otrzymał właściwy lek o właściwym czasie i we właściwej dawce? Robi się to, dodając po prostu element skanowania i identyfikowania wszystkich członków procesu. Tak więc skanujemy personel, lek i pacjenta, a jeżeli dochodzi do pomyłki, bo jesteśmy ludźmi i się mylimy, a każdy z nas popełnia błędy, to wtedy system nas jeszcze przypilnuje i wyświetli nam alert.

Tak więc, szanowni państwo, jako farmaceuci możemy zapoczątkować w Polsce oszczędnościową kulę śnieżną, ale potrzebujemy systemowego wsparcia w tym zakresie, a jeżeli chodzi o farmację kliniczną, była tu mowa o potrzebie wprowadzenia rozwiązań prawnych. Rzeczywiście tak jest.

Szanowni państwo, pan minister Pietrzak mówił o indywidualnej praktyce farmaceutycznej i o pojawieniu się farmaceutów w ustawie o działalności leczniczej. To jest bardzo ważny element, aby systemowo włączyć farmaceutów w system ochrony zdrowia w Polsce. Do tego potrzebujemy jednak chociażby tak prozaicznych spraw jak kody resortowe. Dzisiaj mamy apteki szpitalne zarejestrowane w dziedzinie medycyny i farmakologii. Nie ma dziedziny farmacji, farmacji szpitalnej ani farmacji klinicznej. Nie mamy kodów międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych ICD-9 na świadczenia, których udzielają farmaceuci. Mieliliśmy wielki problem, kiedy pojawiły się szczepienia przeciwko COVID-19, które farmaceuci mogli robić w aptekach ogólnodostępnych, bo nie było wiadomo, na jakim kodzie sprawozdawać to do NFZ, dlatego że usługi, które są świadczone przez farmaceutów, tych kodów nie posiadają. Nasz samorząd przygotował cały raport, ścieżkę i drogi doświadczeń ze wskazaniem konkretnych aktów prawnych i rozwiązań, co należałoby zmienić, aby w pełni zaimplementować farmaceutów do polskiego systemu ochrony zdrowia.

Na koniec, szanowni państwo, chciałem też powiedzieć o pewnym elemencie, który ostatnio się chyba nam wszystkim przypomniał, a mianowicie o odporności państwa. Apteki szpitalne muszą być traktowane systemowo również jako element odporności państwa w zakresie zabezpieczenia, jeśli chodzi o leki. Naprawdę możemy oszacować, ile leków potrzebujemy przyjąć, na jaki czas i jak je dystrybuować. Systemy rozproszonego magazynowania są dużo bardziej wydajne i bezpieczniejsze niż magazynowanie centralne. Leki trzeba jeszcze dowieść, a jedno miejsce jest łatwiej zniszczyć. Może dojść do przeróżnych sytuacji kryzysowych. Szanowni państwo, musimy wejść w ten system również w aptekach szpitalnych, ale żeby to zrobić, szpitale muszą mieć za co kupić leki, a apteki muszą mieć gdzie je przechować, oczywiście w systemie rotacyjnym, ale to wszystko jest potrzebne.

Tak więc, szanowni państwo, chciałbym mocno podkreślić aspekt odporności w zakresie zaopatrzenia i dostępności leków, jak też w zakresie przejścia z systemu gaszenia pożarów, jeżeli w Polsce brakuje leków, na system prospektywnej analizy i oceny ryzyka wystąpienia zagrożenia w postaci braku produktów leczniczych. Mamy dzisiaj piękną matrycę, jaką jest Zintegrowany System Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL). Zaczniemy te dane wykorzystywać. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję za cenne uwagi.

Myślę, że później poprosimy przedstawicieli ministerstwa, żeby się odnieśli do konkretnych problemów tutaj poruszanych. Jeszcze pani profesor?

Konsultant krajowy w dziedzinie farmacji szpitalnej Krystyna Chmal-Jagiello:

Tak, jeżeli można. Króciutko ad vocem, jeśli chodzi o pomyłki.

Proszę państwa, wprowadziliśmy ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych (RODO) i opaski dla pacjentów. Nigdzie nie ma danych pacjenta. Nie wiadomo, gdzie ten pacjent leży. Jako konsultant krajowy zaczęłam zbierać takie informacje. Proszę sobie wyobrazić, że liczba pomyłek wzrosła kilkunastokrotnie. Jest ich o wiele więcej, niż było kiedyś, dlatego że pacjenci się

przemieszczają, a pielęgniarki nie bardzo wiedzą, gdzie oni są. Nawet mam takie zdjęcie przysłane przez środowisko, na którym widać, że pacjent ma 7 kolorowych opasek na ręce i pielęgniarka nie ma gdzie zrobić wkłucia. Każdy kod co innego oznacza. To jest po prostu jakieś głębokie nieporozumienie. Jeżeli nie będzie to zrobione w aptekach szpitalnych i dopilnowane przez farmaceutów, to liczba pomyłek w szpitalach będzie rosła. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Poruszyła pani bardzo ważny temat, bo rzeczywiście nie wiem, czy z RODO nie poszliśmy za daleko w naszym kraju. Obserwujemy, jak w innych krajach Unii Europejskiej obowiązują te same przepisy europejskie – tam można, wpisując numer telefonu komórkowego, dowiedzieć się, czyj jest samochód i gdzie kto pracuje, a u nas po prostu są takie cyrki. Sami doprowadziliśmy do tego. Może też pora zacząć to jakoś racjonalizować, przynajmniej w systemie ochrony zdrowia, bo rzeczywiście to prawda, co pani powiedziała. Do nas też docierają takie informacje, że właśnie przez to wzrasta liczba różnego rodzaju pomyłek.

Dziękuję. Jeszcze pani się zgłaszała.

Mazowiecki konsultant wojewódzki w dziedzinie farmacji szpitalnej Ewa Steckiewicz-Bartnicka:

Jeszcze raz Ewa Steckiewicz-Bartnicka, konsultant wojewódzki w dziedzinie farmacji szpitalnej dla Mazowsza i przewodnicząca Ogólnej Sekcji Farmacji Szpitalnej PTF.

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, właściwie całe moje życie zawodowe wiąże się z apteką szpitalną. Rozwój aptek szpitalnych widzę na przestrzeni lat. To, co robi apteka szpitalna, zmienia się. Oczywiście sprawa, że to jest syndrom zmieniających się czasów. Wszyscy państwo mają na względzie dobro pacjentów i przedstawiają, jakie korzyści może to przynieść pacjentowi, jeśli chodzi o bezpieczną, efektywną, skuteczną farmakoterapię. Do tego jak gdyby nie trzeba wracać. Każde miejsce, w które włączy się farmaceuta, przyniesie korzyści finansowe w systemie ochrony zdrowia. Wszyscy już o tym mówili. To jest bezsporne.

Natomiast proszę państwa, tak jak już koledzy zauważyli, to ciągle są niestety inicjatywy, które wychodzą jak gdyby oddolnie. W trakcie studiów jesteśmy przygotowywani do tych wszystkich serwisów, o których tu była mowa. Przygotowują nas do tego specjalizacje. Kilka z nich zostało już wymienionych. Farmacja szpitalna, farmacja kliniczna, farmakologia – znajdują one skuteczne zastosowanie w szpitalach i w podmiotach leczniczych. Nie jestem zwolennikiem dzielenia farmaceutów szpitalnych pracujących w szpitalu na farmaceutów szpitalnych i klinicznych, ponieważ te specjalności się zazębiają. W ustawie o zawodzie zostało wpisane, że mamy w zasadzie te same kompetencje i możemy wszystkie usługi sprawować wymiennie. Natomiast jestem ciągle za mądrym rozdzieleniem farmaceutów i dedykowaniem im konkretnych serwisów.

Żeby to wszystko mogło się wydarzyć, to przede wszystkim muszą być przestrzegane normy zatrudnienia, które w procesie procedowania ustawy o zawodzie niestety zostały zmienione i mocno okrojone. Pani prezes Górecka wcześniej powiedziała, że sytuacja w szpitalach powiatowych jest dosyć tragiczna, jeśli chodzi o zatrudnienie. Powiem państwu, że wizytuję szpitale na Mazowszu, których jest 72. W zależności od struktury właścicielskiej, czy to jest wojewoda, czy to jest marszałek, czy to jest starosta, różnie to wygląda, ale nie jest też tak słodko i różowo w szpitalach uniwersyteckich czy właśnie tych dużych szpitalach, bo tam, jak się okazuje, nawet w okrojonych normach, wciąż jest zatrudnionych za mało farmaceutów.

Dlatego apeluję o to, żeby zmienić normy, które zostały określone jako jeden farmaceuta na 100 łóżek plus jeden kierownik apteki. Szpital na 800 łóżek powinien zatrudniać minimalnie 9 farmaceutów. To wciąż za mało przy realizacji na przykład przygotowania leków cytotoksycznych, żywienia pozajelitowego czy też sporządzania antybiotyków w aptece szpitalnej, bo tak powinno być i tak jest zapisane w ustawie. Bardzo proszę, żeby wprowadzić regulacje i nadać im taką moc, żeby dyrektorzy szpitali z mocy prawa musieli zatrudniać taką liczbę farmaceutów, jaka jest dzisiaj narzucona ustawą – Prawo farmaceutyczne. W przyszłości należy te normy zmienić i zwiększyć.

Proszę państwa, w trakcie kontraktowania usług i świadczeń medycznych w podmiotach leczniczych nikt nie pyta, ilu farmaceutów jest tam zatrudnionych i czy oni będą mogli zaspokajać potrzeby oddziałów w zakresie sporządzania leków. Może to niedobrze, że mówię o własnym podwórku, ale niestety Instytut Onkologii w Warszawie nawet w 50% nie zabezpiecza potrzeb dotyczących leków cytotoksycznych, które będą sporządzane w należytych warunkach. Proszę państwa, są to leki niebezpieczne i toksyczne. Nie mówię już o bezpieczeństwie personelu pielęgniarskiego, który gdzieś to sporządza na oddziale, ani o tym, że lek powinien być właściwie

sporządzony, żeby był bezpieczny dla pacjenta, ani też o tym, żeby ktoś się pochylił nad zleconymi dawkami i jeszcze je zweryfikował.

Cóż z tego, że mamy prawo, gdzie jest napisane, że leki cytotoksyczne sporządzane są w aptece szpitalnej. Pytam, czy jest tak w 100% szpitali. Otóż nie. Gdyby szpitale chciały się wywiązać z tego punktu, bo jest zapis, że jeżeli nie mamy takiej pracowni, możemy zakontraktować... Gdzie zakontraktować, jeżeli szpital nie zaspokaja swoich własnych potrzeb? Tutaj są potrzebne rozwiązania. Przy kontraktowaniu usług, gdy mamy oddział onkologiczny czy leczenie onkologiczne, jest brana pod uwagę liczba lekarzy i pielęgniarek, taboretów, spluwaczek i różnych innych rzeczy, natomiast nikt nie pyta, czy w aptece jest pracownia leku cytotoksycznego. Bardzo bym prosiła o to, żeby można było to w jakikolwiek sposób zalegalizować. Należałoby przeprowadzić jakąś legislację, żeby to zaistniało.

Pilnie potrzebna jest zmiana rozporządzenia w sprawie podstawowych warunków prowadzenia aptek, nie tylko w zakresie monitoringu temperatur, ale wyposażenia tychże aptek. Tak jak tu już wcześniej pani prezes powiedziała, niektóre z 285 aptek świetnie funkcjonują, ale niektóre są jak gdyby w głębokiej depresji. To nie może być wypadkowa starań kierownika apteki i przychylności dyrektora szpitala. Powinno to być narzucone: „Jeżeli masz pacjentów żywionych pozajelitowo, to posiadasz pracownię”. Lek jest wprowadzicie z grupy średniego ryzyka, ale jeżeli zostanie przypadkowo skażony, to łatwo dochodzi do rozwoju mikroorganizmów i pacjent może zostać zakażony. Tu jest wiele takich punktów, o których mówimy.

Wychodzimy z inicjatywami. Jesteśmy na to przygotowani. Robiłam analizę w swoim szpitalu na potrzeby zespołu antybiotykoterapii. Leczony pacjent miał przerobionych 14 antybiotyków. Tu jest pole dla farmacji klinicznej, którą mogą sprawować, co jeszcze raz podkreślę, farmaceuci ze specjalizacją szpitalną i kliniczną oraz z farmakologii, tylko rzeczywiście musi być odpowiednia liczba etatów w szpitalu, bo jeżeli w szpitalu będziemy mieli 300 łóżek i zatrudnionych 4 farmaceutów, a robimy żywienie plus wyjście na oddziały i rzetelną analizę, to naprawdę jest dużo roboty.

Zawsze ubolewałam nad tym, że przez wiele lat apteka była albo przezroczysta, albo źle postrzegana, albo organ założycielski, co gorsza, dziwił się: „A to macie aptekę?”. To już było naprawdę tragiczne. To jest jak gdyby apel do państwa, w tym do głównego inspektora farmaceutycznego, żeby jednak w stosunku do dzisiejszego statusu prawnego zweryfikować liczbę farmaceutów zatrudnionych w aptekach szpitalnych, żeby pilnie postarać się o nowelizację w tym zakresie, czyli zwiększyć normy zatrudnienia, żeby te normy zatrudnienia i wyposażenie aptek...

Oczywiście potrzebne byłoby dodatkowe rozporządzenie albo po prostu zmiana istniejącego rozporządzenia. W Naczelnej Izbie Aptekarskiej przygotowywaliśmy się do tego i jesteśmy gotowi, żeby za chwilę przedstawić gotową zmianę w zakresie rozporządzenia. W zasadzie to powinno wyjść od nas, bo wiemy, co jest nam potrzebne.

Teraz mówią państwo, że mamy 502 farmaceutów szpitalnych i około 300 farmaceutów klinicznych. Proszę państwa, to jest około 800 specjalistów. Tak jest, bo szpitalna wcześniej zaistniała, ale mamy około 800 specjalistów, którzy mogą się zająć farmacją kliniczną. Tylko że, proszę państwa, jest jeszcze jeden aspekt. Dzisiaj może nie ma pola do rozmowy, ale właśnie jest pytanie o to, kto robi leki. Bardzo bym chciała, żeby również nasz zawód, o czym tu wspomniała koleżanka, został uatrakcyjniony. Chodzi zarówno o tego farmaceutę, który będzie sporządzał leki, jak i tego, który będzie wychodził na oddziały. W czym się jednak wyraża atrakcyjność? Przepraszam, że to powiem, bo spotkanie nie jest temu dedykowane, ale wyraża się to również płacami. Płaca naprawdę nie przyciąga młodych ludzi, bo oni znajdują pracę w badaniach klinicznych, wyjadą za granicę czy poszukają sobie pracy w firmach farmaceutycznych, a być może pójdą do aptek otwartych, bo tam naprawdę uzyskają lepsze wynagrodzenie. To tak na marginesie.

Chciałabym jednak, żeby państwo, widząc naszą chęć i gotowość, wykorzystali ten potencjał, który zdobyliśmy i zdobywamy. Niestety to ciągle my się upominamy, żebyśmy zostali do czegoś dopuszczeni. Kolokwialnie powiem, że to jest tak, jak gdybym ciągle udowadniała, że jestem człowiekiem, a nie kimś innym. Dziękuję państwu uprzejmie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo za uwagi.

Powracając do ostatniego wątku, który pani poruszyła, myślę, że sytuacja związana z wynagrodzeniami została trochę zmieniona w ostatnim czasie poprzez ustawę, która przewiduje wyższe wynagrodzenia dla specjalistów z wyższym wykształceniem i specjalizacją. Oczywiście jak najbardziej, bo przecież nie wszyscy mają specjalizację, tak więc w tym momencie są kwalifikowani jako

inna grupa i mają mniejsze wynagrodzenia. To nie znaczy, że nie trzeba o tym pamiętać, bo rzeczywiście był moment, kiedy farmaceuci zostali bardzo zaniedbani, jeżeli chodzi o wynagrodzenia. To nie ulega wątpliwości.

Mazowiecki konsultant wojewódzki w dziedzinie farmacji szpitalnej Ewa Steckiewicz-Bartnicka:

Pani przewodnicząca, jeśli jeszcze mogę ad vocem.

Pamiętam, jak w 2017 r. pod pani przewodnictwem pracowaliśmy w zespole, w którym powstały rekomendacje. To się nazywało dokładnie rekomendacjami do spraw systemowych rozwiązań finansowych w ochronie zdrowia. Nie obejmowało to oczywiście tylko płac, ale były też wyznaczone kierunki. Proszę państwa, możemy stworzyć jeszcze wiele rekomendacji. Wierzę, że można coś osiągnąć drobnymi krokami. Kropla draży skałę. Dojdziemy do tego, co trzeba, ale niech to się wreszcie zadzieje. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Trzeba o tym mówić i krok po kroku zmieniać rzeczywistość. Postęp już i tak jest widoczny, ale jeszcze dalej...

Szanowni państwo, proszę o zwięzłe wypowiedzi, dlatego że będziemy musieli opuścić salę. Bardzo proszę.

Główny inspektor farmaceutyczny Łukasz Pietrzak:

Przepraszam. Jeżeli mogę, chciałem zwrócić uwagę, że z tej strony pani dyrektor...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Aha, dobrze. To nasze przeoczenie. Przepraszamy.

Dyrektor biura GIF Olga Sierpniowska:

Olga Sierpniowska, GIF.

Wprawdzie moja przedmówczyni wspomniała o tym, ale myślę, że dobrze by było, żeby to mocniej wybrzmiało. Chodzi mi o rolę farmaceuty w zarządzaniu antybiotykoterapią i w tworzeniu ram racjonalnej polityki antybiotykowej w szpitalu. To już się dzieje. Farmaceuci się w to angażują i wspierają lekarzy w sytuacjach, kiedy pacjent jest hospitalizowany na przykład z powodu przewlekłej choroby czy jakiejś specyficznej jednostki chorobowej, ale i wówczas, mówiąc kolokwialnie, gdy przytrafi się infekcja, którą trzeba dodatkowo opanować. Bardzo często są to pacjenci w ciężkim stanie i z wielochorobowością. Taki specjalista jest bardzo ceniony. Wiem to z pierwszej ręki, bo też miałam okazję rozmawiać na ten temat z lekarzami w trakcie staży i podczas specjalizacji z farmacji klinicznej. Jest to bardzo poszukiwana wartość na oddziałach. Chodzi właśnie o specjalistę, który jest w stanie doradzić, jaki antybiotyk zastosować, nie tylko patrząc na spektrum działania antybiotyku i oczywiście dobierając go do rodzaju drobnoustrojów, ale także zwracając uwagę na lokalizację infekcji i na możliwość dotarcia leku do miejsca infekcji.

Mówimy nie tylko o oszczędnościach, tak? Wspomniała pani o 14 antybiotykach, bo tak naprawdę tyle leków zostało niecelowo zastosowanych u konkretnego pacjenta, czyli mówimy o oszczędnościach dla systemu i dla szpitala. Mówimy o ratowaniu życia konkretnych osób, które mają szansę wyjść ze szpitala o własnych siłach, jeśli będą właściwie leczone. Mówimy też jednak przede wszystkim, co jest dla mnie szczególnie istotne, o ochronie antybiotyków. Chodzi o to, żeby nie doprowadzać do lekooporności, abyśmy w przyszłości mieli się czym leczyć, tak my, jak i nasze dzieci, które po nas przejmą tę schedę, jaką jest dostęp do skutecznych antybiotyków, a jest ich coraz mniej. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję.

Pani poseł chce teraz zabrać głos? Aha, to proszę bardzo. Później pan i będziemy...

Prezes PSFO Sławomir Waryszak:

Szanowni państwo, tylko ad vocem dyskusji o wynagrodzeniu chciałbym powiedzieć, że w raporcie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 2021 r. wycena pracy farmaceuty za osobodzień była na poziomie 17 zł za wykonanie leków. W pracowni cytostatycznej pracuje dwóch farmaceutów. Zawsze też jest operator i pomocnik operatora. Czyli to jest 8,50 zł dla osoby.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

No tak. Rozumiem, że to...

Prezes PSFO Sławomir Waryszak:

Dla szpitala.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ale to 2017 r., tak? Dobrze.

Prezes PSFO Sławomir Waryszak:

Raport jest z 2021 r.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Aha, OK. Proszę bardzo.

Wiceprezes NRA Alina Górecka:

Podsumowując, myślę, że doszliśmy do takiego wniosku, że czas przestać postrzegać aptekę szpitala jako koszt dla zarządu szpitala i dla systemu. To jest inwestycja konieczna do osiągnięcia następujących celów. Poprawę dokumentacji medycznej można osiągnąć przez automatyzację i cyfryzację procesów m.in. w aptece. To jest droga do efektywnego zarządzania zapasami szpitala. Mniej będzie leków przeterminowanych i niewykorzystanych resztek leków. To jest możliwość efektywnego wykorzystania farmaceutów dla prowadzenia dobrej polityki lekowej i polityki antybiotykowej, jak też do efektywnego zapobiegania zakażeniom szpitalnym. Wszystko razem, czyli cała ta praca, będzie miało efekt i przełożenie na wyniki finansowe szpitali, o które dzisiaj wszyscy walczymy. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Teraz poproszę o komentarz panią poseł. Przed ministerstwem czy po?

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Przed ministerstwem, bo jak ktoś z MZ się rozgada, to już czasu nam nie zostanie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Pani poseł Elżbieta Gelert. Bardzo proszę.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, chciałabym nawiązać do paru wątków, bo mówimy o tym, żeby nie dawać zezwolenia tam, gdzie nie ma dostatecznej liczby pracowników. Na pewno jest to słuszna uwaga, jeżeli chodzi o leczenie onkologiczne.

Z drugiej strony jednak cały czas pacjenci się skarżą, że oni chemioterapię chcą mieć bliżej miejsca zamieszkania, bo przecież jest tak na każdym prawie posiedzeniu Komisji. Jeżeli chodzi o jakieś onkologiczne sprawy, to cały czas się twierdzi: „Dobrze, to niech leczenie diagnostyczne i zabiegowe, ewentualnie zachowawcze będzie w ośrodkach specjalistycznych, ale chemioterapia to powinna być w miejscu zamieszkania”. Teraz chce się tworzyć bardzo dużo takich właśnie oddziałów chemioterapii dziennej, prawda? A przecież na potrzeby chemioterapii dziennej też trzeba będzie otworzyć pracownię, bo nie wszystko opiera się na tabletkach, co przecież wiadomo. A wyposażenie takiej pracowni? Niektórzy wiedzą, ile to kosztuje. To są niebotyczne pieniądze.

Pamiętam, co było w moim szpitalu, jak miałam zainwestować i zrobić pracownię z prawdziwego zdarzenia. Ciągłe tupalam nogami, że coś za drogo, ale kierownik nie ustąpił. Jak w takim razie mają to zrobić szpitale powiatowe czy też, jak to się mówi, ambulatoryjne?

Mówił pan poprzednio, że to powinien być system, który jak gdyby całościowo załatwi taką sprawę. Skądś powinny być pieniądze. Oczywiście pierwsze pieniądze z KPO już poszły, ale nie tam, gdzie będzie tworzona chemioterapia. Chyba że odstąpimy od tego systemu i nie będziemy jednak tak robić, bo stwierdzimy, że dla bezpieczeństwa personelu i pacjenta lepiej będzie, jeśli pacjent przejedzie trochę kilometrów. Powiem państwu jednak, że gdyby tu były stowarzyszenia pacjenckie, to pewnie mówiłyby inaczej.

To jest jedna sprawa dotycząca pracowni cytostatycznych.

Proszę państwa, liczba farmaceutów naprawdę zależy w dużej mierze... Sama pani wyliczyła, ilu jest farmaceutów klinicznych czy szpitalnych oraz ile jest szpitali. Oczywiście świetnie by było, gdyby było takie postanowienie, chociaż by się okazało, że to wcale nie starczy. Nie ma wystarczającej liczby kierowników takich aptek, nie mówiąc już o tym, żeby to byli wyspecjalizowani farmaceuci, którzy mieliby właśnie takie zadania. Powinni oni jednak mieć specjalizację, prawda?

To powinien być ten wyższy stopień. Na pewno należałoby uderzyć do ministerstwa, ażeby otworzyć większą liczbę specjalizacji finansowanych przez MZ, żeby faktycznie było więcej wyspecjalizowanych farmaceutów. Powiedzmy, że wtedy możemy mówić o tym, żeby był jeden farmaceuta na 20–30 łóżek, bo w tej chwili pewnie sporo szpitali spełnia wymóg na 100 łóżek. Jeżeli szpitale mają pracownie cytostatyczne, to muszą odliczyć tych farmaceutów, którzy tam będą pracowali i którzy zajmą się żywieniem pozajelitowym. Dopiero wtedy należałoby mówić, że na 100 łóżek ma pozostać iluś tych farmaceutów. Myślę, że to jest na pewno jedna sprawa, że brakuje farmaceutów, ale jest i druga sprawa.

Proszę państwa, to są pieniądze. Mówi się, że farmaceuta nie zarabia dobrze, chociaż w tej chwili naprawdę dobrze zarabia, bo jeżeli jest specjalistą, to ma 10 tys. zł samej podstawowej pensji. Musi mieć, bo taki jest obowiązek przy drugiej grupie i koniec. Do tego wysługa albo za stanowisko kierownicze, a to jest dopiero ta część, którą jak gdyby pokrywa... A szpital pokrywa jeszcze następne procenty, więc to nie są małe kwoty. Żeby zatrudnić dużo więcej personelu, każdy szpital powinien otrzymywać większy kontrakt, bo nie można tak robić w nieskończoność. Słuchajcie, można tworzyć różnego rodzaju rozporządzenia i narzucać szpitalowi, że musi utworzyć taką czy taką pracownię, tylko po pierwsze nie ma gdzie tego zrobić, a po drugie nie ma możliwości inwestycyjnych, po trzecie, jeżeli ma zatrudnić określoną liczbę personelu, to chyba też powinno być to przeliczone.

Teraz przy tych pieniądzach, które są ustawowe, jeżeli byśmy tak mówili, to żaden problem przeliczyć, o ile więcej środków powinien dostać szpital, żeby było zatrudnionych nie 8–10 farmaceutów, tylko na przykład 20. Pewnie najlepiej byłoby zatrudnić farmaceutę na kontrakt i powiedzieć: „Niech sobie znajdzie te pieniądze w oddziale”. Wszyscy państwo mówią, że pojawia się oszczędności. Proszę bardzo, z tych oszczędności go opłacimy. Jeżeli na taki kontrakt da się namówić jedna czy druga osoba, to nie ma żadnego problemu. Można byłoby iść właśnie w tym kierunku.

Kwestia resztek leków na pewno jest niezmiernie ciekawa. Tak, to bardzo ciekawy wątek, bo faktycznie w każdym szpitalu, który ma leczenie onkologiczne czy programy lekowe, ale przede wszystkim onkologię, zostają dawki. Nie dość, że to się marnuje, patrząc na to jak gdyby od strony państwowej, ale to jest też koszt dla szpitala, bo przecież słyszeliśmy tutaj poprzednio, że płaci się tylko za to, co się wykorzystuje dla pacjenta, a nie za to, że kupiło się całą fiolkę, prawda? Został 1 mg leku we fiole i co teraz z tym robić? Szpital musi zapłacić, ale tych pieniędzy fundusz mu nie odda. Dlatego onkologia, w szczególności kliniczna i chemioterapia, to wcale nie jest dochodowa sprawa. Jak najbardziej więc byłabym za tym, żeby się zastanowić nad niemożnością wykorzystywania... Któryś z panów powiedział też o ciekawej sprawie, że ma metodę na wykorzystywanie leku, bo jednak nieco inaczej można go wykorzystać. To pewnie jest dobra informacja.

A co do tych oszczędności na okrągło, to powiem państwu, że to jest tak jak z informatyką. Zapewniali nas, że jak się ją wprowadzi, to wszyscy będziemy mieli oszczędności, a jak się ją wprowadziło, to ani oszczędności w ludziach, ani oszczędności w systemie, bo dalej co innego podnosi koszty. Na pewno byłyby to jednak bardzo dobre rozwiązania dla pacjenta. Tak naprawdę antybiotykoterapia powinna współgrać z diagnostyką, w tym diagnostyką bakteriologiczną, bo bardzo często tej diagnostyki nie ma. I 14 antybiotyków się wali pacjentowi, nie oglądając na to, że właściwie już pierwszy antybiotyk nie jest skuteczny od samego początku.

Uważam, pani przewodnicząca, że to bardzo ciekawe spotkanie. Na pewno pan minister czy pani dyrektor zaraz nam je podsumują. Zobaczymy, w jaki sposób cokolwiek będzie można z tego wykorzystać. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję za uwagi doświadczonego praktyka, jeżeli chodzi o prowadzenie wszystkich jednostek w szpitalu.

Mam jeszcze tylko pytanie odnośnie do liczby farmaceutów, bo mówimy o specjalistach. To pytanie do izby aptekarskiej. Generalnie ilu mamy w ogóle farmaceutów pracujących w tej chwili w całym systemie? Ilu z nich jest zatrudnionych w szpitalach?

Członek prezydium NRA Marcin Bochniarz:

Pani przewodnicząca, zgodnie z analizą otwartych danych raportu MZ-11, czyli sprawozdania o działalności pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, w zeszłym roku mieliśmy około 2,6 tys. farmaceutów pracujących w szpitalach.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

A ogólnie w aptekach otwartych? Mamy taką wiedzę czy nie?

Prezes PSFO Sławomir Waryszak:

Tak. Jest ich 25,9 tys.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Czyli 10% pracuje w lecznictwie zamkniętym.

Dobrze, ale jeszcze pozwolę sobie na mały komentarz do państwa wypowiedzi. Pani poseł, rzeczywiście myślę, że wszystkie zmiany wymagają nakładów finansowych, ale musimy pamiętać o tym, że nie możemy zamykać się na pewnym poziomie i nie iść do przodu. Medycyna się rozwija, warunki funkcjonowania szpitali i ochrony zdrowia się rozwijają, co niesie za sobą koszty. Jeżeli będziemy w ten sposób patrzeć i ścisnąć koszty, to naprawdę do niczego nie dojdziemy.

Pamiętajmy, że mówimy o tym, żeby dotarło to też do rządzących, że ochrona zdrowia generalnie wymaga systematycznego wzrostu nakładów. Nadal jesteśmy w ogonie Europy, jeżeli chodzi o finansowanie ochrony zdrowia. Słyszę nawet niektórych polityków, ale też wielu komentatorów, że ochrona zdrowia to studnia bez dna czy dziurawe wiadro, gdzie się leje i to wszystko wycieka. Moglibyśmy tak powiedzieć, gdybyśmy mieli nakłady na poziomie na przykład Niemiec, a więc ponad 12–14%, a poziom opieki byłby taki, jaki jest u nas albo jeszcze gorszy. Wtedy moglibyśmy tak to skwitować. Naprawdę racjonalnie wykorzystujemy aktualne finansowanie, bo jednak, gdy porównamy dostępność pewnych rodzajów świadczeń do tego, co jest na przykład w niedalekich krajach, to tam nie ma jakichś szczególnych... Mówię o systemie finansowanym ze środków publicznych. Nie odbiegamy aż tak daleko. Wiemy doskonale, że pacjenci z Anglii, Szwecji czy z innych krajów przyjeżdżają do nas i otwierają oczy, że u nas jest taka dostępność procedur. Może nie jest idealna, ale porównywalna z krajami Europy Zachodniej.

Intencją tego spotkania jest też pokazanie, że musimy dążyć do modelu światowego i iść z postępem naukowym, a to niestety wymaga nakładów finansowych. Utrzymanie pewnego standardu będzie ich wymagało. Taki przekaz chcielibyśmy skierować do MZ, bo minister zdrowia, że tak powiem, jest partnerem dla ministra finansów i członkiem Rady Ministrów, gdzie rozgrywają się decyzje dotyczące nakładów na ochronę zdrowia. Stąd też nasz apel, żeby takie spostrzeżenia wysnuć z tego dzisiejszego posiedzenia.

Czy pan poseł chce się teraz wypowiedzieć? Chciałabym, żeby jednak państwo z MZ i pan minister się jeszcze do tego odnieśli. To bardzo proszę, panie pośle, bo oczywiście nikogo nie dyskryminuję.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Było dużo ciekawych informacji. Wiele się dowiedzieliśmy. Pani poseł jako praktyk i dyrektor mówi o tym od strony szpitala, więc może też trochę powiem i od strony pacjenta.

Kiedyś byłem i w radzie powiatu, i w sejmiku województwa, gdzie zasiadałem też w komisji zdrowia. Patrzyliśmy na to z innej strony. Być może byłoby warto, żeby państwo... To, o czym wszyscy państwo mówili, wymaga rozwiązań systemowych. Żeby to wprowadzić, trzeba zacząć realizować systemowe rozwiązania.

Dobrze by było, żeby powstała grupa robocza, by udowodnić oszczędności, bo to jest naprawdę ważne. Pani bardzo ciekawie mówiła, że jeżeli zatrudni się tylu farmaceutów w szpitalu i będą oni pracować na oddziałach, to pojawiają się pewne oszczędności i będzie lepsza jakość leczenia pacjenta. Należałoby przygotować propozycje tych rozwiązań dla MZ i dla GIF. Myślę, pani przewodnicząca, że warto, aby te rozwiązania, o których mówimy, przekazać do MZ, bo tutaj nie mamy nikogo z kierownictwa. Warto by było, żeby państwo przekazali nam te rozwiązania, ale szerzej skonsultowane, nie tylko z farmaceutami, ale też ze szpitalami i z NFZ, żeby można było zderzyć wszystkie państwa propozycje.

Powiem dalej o edukacji, świadomości i polipragmazji. Dość często rozmawiam z lekarzami, którzy mówią, że kiedy przychodzi pacjent, to w trakcie wywiadu okazuje się, że zażywa 15 leków. Oczywiście te leki wchodzi w interakcje. Oprócz tego pacjent ma jeszcze suplementy diety i nieodpowiednią dietę, którą stosuje, ale oczywiście nie wie, dlaczego cały czas dokłada sobie tych leków i dalej źle się czuje. Dobrze byłoby zrobić kampanię edukacyjną właśnie na temat zażywania zbyt wielu leków, które często wchodzi w interakcje, niekorzystnie wpływając na pacjenta i na jakość jego życia. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Jeszcze jedno, bo pan minister Pietrzak powiedział, że jeden farmaceuta powinien przypadać na 20 pacjentów w szpitalu.

Główny inspektor farmaceutyczny Łukasz Pietrzak:

To jest standard brytyjski. Tak jest nadal w Wielkiej Brytanii, że jeden farmaceuta przypada średnio na 20 łóżek szpitalnych.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Chciałem pana zapytać, jakie jest pana stanowisko, bo...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Tylko że w Wielkiej Brytanii jest jednak inna liczba łóżek szpitalnych.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

No tak, ale chciałem się zapytać, co należałoby zrobić, żebyśmy dążyli do tego dobrego modelu brytyjskiego.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dobrze, ale i tak, mimo że są takie standardy, to chyba poziom opieki nie jest rewelacyjny. Mamy własne doświadczenia.

Dosłownie dwa zdania, bo chciałabym, żeby pani dyrektor...

Prezes PTFK Kamila Urbańczyk:

Tak, to właśnie tylko ad vocem, bo jak najbardziej jesteśmy gotowi. Prace, które zostały już poczynione, to jest tylko baza do większych i wielośrodkowych prac. W tej chwili mamy zgodę komisji bioetycznej i rozpoczęte badania dotyczące usług w szpitalu. Mamy włączonych 18 szpitali.

Jak najbardziej potrzebujemy wsparcia co do systemowej realizacji. Jesteśmy otwarci na wszelkie konsultacje. Mamy badania w obszarze szpitalnym. Mamy badanie przeprowadzone wspólnie z Polskim Towarzystwem Medycyny Rodzinnej w zakresie włączenia farmaceutów w opiekę koordynowaną. Realizujemy to razem. Tu też jesteśmy gotowi.

Jest i projekt dotyczący leku specjalistycznego w obszarze onkologii. Tak jak tutaj siedzimy, również razem go przygotowywaliśmy. Jak najbardziej więc już w tej chwili jesteśmy w stanie uruchomić tego typu badania. Oczywiście niezależnie od tego, jak rozmawiamy i jakie pójdą za tym zmiany legislacyjne, my i tak będziemy to robić, ale zdecydowanie potrzebujemy wsparcia. Z chęcią prześlemy wszystkie szczegóły.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

To bardzo ciekawa propozycja. Myślę, że można byłoby rozważyć jakąś formę pilotażu. Pan minister i pani minister Leszczyna mają w rękach moc sprawczą. Rzeczywiście można to przeanalizować i podjąć decyzję, żeby zweryfikować to, o czym państwo mówią. Pokazują państwo różnego rodzaju efekty, ale przecież w MZ jest realizowanych wiele pilotaży, tylko to jest kwestia opracowania. To jest zupełnie inny obszar, więc może warto się zastanowić. Dziękuję.

Wiceprezes NRA Alina Górecka:

Pani poseł, bardzo przepraszam, ad vocem.

Jeśli chodzi o projekty dotyczące usług farmacji klinicznej oraz nadmiarów technologicznych, to trzy projekty zostały złożone w MZ. Pokazano, że jest możliwe przeprowadzenie takich pilotaży.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dobrze. To w takim razie nie wiem, czy pan minister, czy pani dyrektor. Kto pierwszy odważnie ustosunkuje się do wszystkich wypowiedzi?

Dyrektor departamentu MZ Katarzyna Piotrowska-Radziejcz:

Krótko.

Bardzo dziękuję za ciekawą dyskusję.

My też to widzimy, bo słuchamy i spotykamy się, a z częścią z państwa widzieliśmy się w MZ. W tej chwili będziemy procedować ustawę o receptach. Tam też będzie komponent regulacyjny. Jesteśmy po spotkaniu z Naczelną Izbą Aptekarską. Po pierwsze chcielibyśmy oczywiście, mówiąc

kolokwialnie, dołączyć farmaceutów do dokumentacji medycznej, bo jest to potrzebne. Widzimy ten brak w systemie, szczególnie jeżeli chodzi o szczepienia w aptekach. Absolutnie chcemy, żeby te usługi oraz świadczenia się rozwijały i ewoluowały. Widzimy, że rola apteki w systemie ochrony zdrowia powinna być wzmacniana. Druga kwestia jest taka, że do tej ustawy chcemy też wpisać przepisy, z których jasno by wynikało, że apteka może prowadzić programy profilaktyki zdrowotnej. Prosiła nas o to NIA, dlatego że mamy w ustawie...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Apteka szpitalna czy apteki w ogóle?

Dyrektor departamentu MZ Katarzyna Piotrowska-Radziejcz:

Tak, oczywiście apteki ogólnie, przepraszam.

Dlaczego o tym mówię? Będziemy otwierać też inne ustawy, w których można by było... Tutaj jest też apel do państwa. Jeżeli widzą państwo potrzebę zmian na poziomie ustaw w zakresie aptek szpitalnych, to jesteśmy jak najbardziej otwarci. Na pewno będziemy się jeszcze w tej kwestii spotykać.

Jeśli chodzi o wyposażenie aptek, to rozporządzenie jest w tej chwili w trakcie konsultacji publicznych. To w zakresie temperatur, jak tutaj ktoś słusznie wskazał, ale oczywiście jesteśmy też otwarci na rozmowy o szerszych zmianach i nowelizacji tego rozporządzenia.

Jeżeli chodzi o nadwyżki technologiczne, to nad tym tematem pracuje też NFZ. Widzimy ten problem. Staramy się, żeby leki nie były marnowane w szpitalach.

Przepraszam, co jeszcze sobie wynotowałam? To tyle, jeżeli chodzi o legislację.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

A jeżeli chodzi o kwestię formy wykonywania zawodu? Była sugestia, żeby zatrudnienie kontraktowe i indywidualne praktyki...

Dyrektor departamentu MZ Katarzyna Piotrowska-Radziejcz:

To ze strony mojego departamentu.

Jak państwo wiedzą, temat, w który zaangażowanych jest kilka departamentów MZ, jest bardzo szeroki. Natomiast odbyło się też spotkanie, na którym byli przedstawiciele i Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych, i naszego Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji, i Departamentu Lecznictwa. Myślę, że to kwestia weryfikacji, bo sprawdzałam też rozporządzenie z 1996 r. w sprawie cytostatyków i faktycznie to straszny staroć. Na pewno się temu przyjrzymy, tak samo jak i kwestii rozporządzeń koszykowych. Natomiast myślę, że to na pewno będzie wymagało odrębnego spotkania w szerszym gronie departamentów MZ.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Teraz pan minister, tak?

Główny inspektor farmaceutyczny Łukasz Pietrzak:

Tak, dziękuję bardzo.

Jeżeli chodzi o kwestie legislacyjne dotyczące ustaw o zawodzie farmaceuty i o świadczeniach zdrowotnych, to powiedzmy, że nawet w miarę przygotowaliśmy projekty przepisów. Jak najbardziej wspólnie z Departamentem Polityki Lekowej i Farmacji wymienimy się swoimi przepisami. Mam nadzieję, że to się uda.

Niemniej jednak zwracam uwagę na jedną rzecz. Farmaceuci jak najbardziej są istotnym elementem, jeżeli chodzi o racjonalną farmakoterapię. W ogóle są takim elementem, bez którego trudno mówić o odpowiednim zarządzaniu lekiem. Pamiętajmy jednak o jednej rzeczy, że w miarę możliwości rozwijamy usługi farmaceutyczne w aptekach, choć jest to dopiero początek. Chcemy też rozwinąć farmację kliniczną.

Niemniej obecnie najbardziej potrzebujemy strategii dla farmacji na 10–20 lat, ale nie tylko z perspektywy tego, jak możemy zwiększyć jej możliwości i uprawnienia, by przez to poprawić bezpieczeństwo farmakoterapii, ale również obniżyć koszty. Mamy teraz ogromny problem z dużym spadkiem zainteresowania farmacją, jeśli chodzi o absolwentów szkół średnich. Jeżeli w tym momencie nie podejmiemy odpowiednich czynności i nie opracujemy strategii, która nie będzie obejmowała 2 lat, tylko tak naprawdę przynajmniej dekadę, żeby przyszli farmaceuci, decydując się na ten kierunek, mieli już mniej więcej określoną ścieżkę zawodową i możliwość rozwoju zawodowego, to za chwilę będziemy mieli problem, żeby ogólnodostępne apteki obsadzić farmaceutami. Już teraz mamy średnio 2,3 farmaceuty

na ogólnodostępną aptekę. A 803 specjalistów, którzy mogliby być farmaceutami klinicznymi czy ewentualnie wykonywać świadczenia w ramach opieki związanej z farmacją kliniczną, to jest też mniej niż jeden farmaceuta na szpital. Tak więc za chwilę w największym stopniu będziemy się odbijali od typowo ludzkiego problemu, czyli liczby specjalistów farmaceutów, którzy mogą realizować usługi. W tym momencie stać nas co najwyżej na pilotaż, ponieważ nasze zasoby kadrowe są zbyt małe.

Dlatego też z perspektywy farmaceuty apeluję o to, abyśmy spotkali się ponad podziałami i oczywiście różnymi organizacjami, aby określić strategię dla farmacji na przyszłość, aby obejmowała elementy kształcenia, realizacji zawodowej i rozwoju zawodowego, bo młodzi ludzie myślą nie tylko o pieniądzach, ale o tym, żeby nie zostać co najwyżej kierownikiem apteki, ponieważ to jest maksymalna możliwość rozwoju. Sam byłem kierownikiem, więc to nie jest obraźliwe. Jak dobrze wiemy, przez długi czas specjalizacje były bardziej hobby aniżeli możliwością takiej realizacji. Dlatego też możliwość rozwoju jest tym, czego teraz młodzi ludzie oczekują od swojego przyszłego zawodu. Tak więc bardzo apeluję o kolejne tego typu spotkania, które dotyczyłyby właśnie strategii dla farmacji, ale na poziomie wielopłaszczyznowym. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję pięknie.

To jeszcze na zakończenie, tak?

Konsultant krajowy w dziedzinie farmacji szpitalnej Krystyna Chmal-Jagiello:

Jedno zdanie muszę skierować do pana ministra, bo jednak od wielu lat jestem konsultantem krajowym. Są kolejki do robienia specjalizacji. Jest ograniczenie. Mówię o farmacji szpitalnej. Ogólnodostępnej nie chcą, ponieważ nikt tego nie wymaga. Natomiast kolejki do szpitalnej są na kilka lat. Nie ma tylu możliwości...

Główny inspektor farmaceutyczny Łukasz Pietrzak:

Nominalnie mamy 502 specjalistów.

Konsultant krajowy w dziedzinie farmacji szpitalnej Krystyna Chmal-Jagiello:

Ale dlatego, że uczelnie nie mają jak gdyby możliwości przerobowych.

Główny inspektor farmaceutyczny Łukasz Pietrzak:

Nie chcę wchodzić w kolejną polemikę.

Konsultant krajowy w dziedzinie farmacji szpitalnej Krystyna Chmal-Jagiello:

Jeszcze jedno. Chciałam też podziękować...

Główny inspektor farmaceutyczny Łukasz Pietrzak:

Przepraszam. Wspominałem o tym, że kwestia kształcenia to jest pierwszy element, o który musimy zadbać, zarówno na poziomie studiów, jak i potem specjalizacji, ponieważ na każdym etapie są oczywiście kolejki, ale jeżeli przez tyle lat wykształciliśmy 502 specjalistów, to jest...

Konsultant krajowy w dziedzinie farmacji szpitalnej Krystyna Chmal-Jagiello:

Ale proszę pamiętać, że ta farmacja była płatną specjalizacją. Zapewne pan pamięta, bo na pewno ma specjalizację.

Główny inspektor farmaceutyczny Łukasz Pietrzak:

Tak, jest to właśnie...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Szanowni państwo...

Konsultant krajowy w dziedzinie farmacji szpitalnej Krystyna Chmal-Jagiello:

Naprawdę chylę czoła, że ministerstwo nam na to pozwoliło. Po raz pierwszy od roku mamy bezpłatną specjalizację.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Tak, bo w tej chwili jest to finansowane ze środków unijnych, dlatego też jest bezpłatna. Natomiast nie jest to tak traktowane jak w przypadku lekarzy, gdzie jest rezydentura. Rozumiem, że jeden z postulatów był taki, żeby w formie rezydentury kształcić też specjalistów z zakresu farmacji szpitalnej czy...

Główny inspektor farmaceutyczny Łukasz Pietrzak:

Przepraszam za to, że tak się wtrącam. Czy możemy to ewentualnie kontynuować na kolejnym takim spotkaniu?

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Właśnie też chcę zmierzać do końca, ale naprawdę... Rozumiem, że temat jest bardzo ważny. Cieszę się, że państwo tak aktywnie biorą udział w posiedzeniu. Tak, obiecujemy, że na pewno nie zostawimy tego tematu. Wrócimy do niego.

Dosłownie dwa zdania, dobrze? Obydwie panie.

Prezes PTFK Kamila Urbańczyk:

Nie chciałabym, żebyśmy skupiali się tylko na liczbach, ilu teraz jest farmaceutów i specjalistów, bo to jest właśnie efekt tego, co robiliśmy z tym obszarem do tej pory. Te osoby nie mogły wykorzystywać swoich umiejętności w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, więc to było właśnie hobbystyczne. Naprawienie tej sytuacji będzie oczywiście wymagało wielu lat i przedsięwzięć...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Teraz będzie strategia, o której mówił pan minister.

Prezes PTFK Kamila Urbańczyk:

Musimy poprawić strategię, ale wtedy zamykamy się w takiej pętli, czyli nie robimy tego, dalej nie mamy specjalistów, nie mamy osób, które są doświadczone i tak będzie cały czas, póki nie zaczniemy tego robić. Osoby, które mamy, mogą poświęcić czas na kształcenie kolejnych osób, które będą znały się na tym zawodzie i będą w stanie bezpośrednio zająć się pacjentem. Zainteresowanie tym obszarem wzrośnie. Wtedy możemy mówić o rozwoju i o perspektywie. Jeśli jednak dziś nie zaczniemy i tego nie zrobimy, to za 5–10 lat dalej będziemy w tym samym miejscu. Nie skupiamy się więc tylko na liczbie tych osób, bo my dalej możemy je wykorzystać.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Rozumiem, ale widzę otwartość, jeżeli chodzi o pana ministra i państwa z resortu zdrowia, więc myślę, że coś z tego się urodzi.

Prezes PTFK Kamila Urbańczyk:

Tak. Bardzo dziękujemy.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Jeszcze jedno zdanie.

Mazowiecki konsultant wojewódzki w dziedzinie farmacji szpitalnej Ewa Steckiewicz-Bartnicka:

Tylko tytułem wyjaśnienia. Rzeczywiście pan minister poniekąd miał rację, ponieważ kiedyś nie było wymogu. Upominając się o bezpłatne specjalizacje dla farmaceutów szpitalnych w poprzednich latach, ciągle słyszałam od biura prawnego MZ, że póki nie ma zapisu, że jest wymóg posiadania specjalizacji, żeby być kierownikiem... Farmaceuci płacili za to po kilkanaście tysięcy ileś lat temu, a właściwie nie dawało im to żadnych dodatkowych uprawnień, więc jak gdyby nie było zainteresowania.

Natomiast, szanowni państwo, w ogóle ustawa o zawodzie wprowadziła szereg zmian, które były kamieniem milowym. Nie jest ona doskonała i w wielu obszarach wymaga poprawy, ale tam po raz pierwszy zostały zapisane usługi farmacji klinicznej i wymóg dla kierownika apteki szpitalnej. Tam została uznaniowo wpisana farmacja apteczna, bo miał ją szereg osób. Wtedy właściwie była robiona jedynie apteczna. To tak tylko tytułem wyjaśnienia. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję państwu bardzo serdecznie za merytoryczną i potrzebną rozmowę. Tak jak powiedziałam, nasze posiedzenie jest transmitowane, więc później mamy wiele sygnałów, że rzeczywiście były i są tu poruszane ważne tematy. Bardzo serdecznie państwu dziękuję.

Mam jeszcze prośbę do osób, które brały udział w dyskusji. Z każdego posiedzenia wyciągamy jakieś wnioski, przygotowujemy je i wysyłamy. Oczywiście szanujemy i cenimy to, że państwo tu są. Cieszymy się, bo państwo na pewno coś przekażą. Zawsze jednak to, co państwo tutaj wyartykułowali, w tym jakieś stanowiska, formalnie przesyłamy do MZ. Bardzo proszę, żeby państwo wysłali krótkiego maila na adres sekretariatu Komisji. Chodzi o najistotniejsze rzeczy, ale takie, które tutaj były poruszane. Nie wprowadzajmy nowych wątków.

Dziękuję bardzo serdecznie. Mam nadzieję, że się jeszcze spotkamy i powrócimy do tego tematu. Zamykam posiedzenie podkomisji.