

X kadencja



# KANCELARIA SEJMU

## Biuro Komisji Sejmowych

### PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja  
Zdrowia**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW  
ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA  
(NR 28)  
z dnia 28 kwietnia 2026 r.**



---

## Pełny zapis przebiegu posiedzenia

### Komisji Zdrowia

#### – podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia (nr 28)

28 kwietnia 2026 r.

Podkomisja stała do spraw organizacji ochrony zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Fryderyka Sylwestra Kapinosa (PiS)**, zastępcy przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

#### – informację na temat sytuacji pacjentów z cukrzycą i zapewnienie bezpieczeństwa oraz równego dostępu do opieki diabetologicznej w Polsce.

W posiedzeniu udział wzięli: **Dominika Janiszewska-Kajka** zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Anna Miszczak** dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Magdalena Kuśmierska-Bucoń** specjalistka w Departamencie Współpracy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Monika Kaczmarek** prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, **Monika Zamarlik** prezes Federacji Diabetyków, **Andrzej Tytuła** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Dagmara Staniszevska** prezes Fundacji dla Dzieci i Dorosłych z Cukrzycą, **Grażyna Cebula-Kubat** przewodnicząca Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, **Krzysztof Zdobylak** członek zarządu Stowarzyszenia IFIC Polska, **Marek Wleklik** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Małgorzata Masierek** ekspert Pracodawców RP.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Julia Rychter** i **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

#### Przewodniczący poseł **Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS)**:

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie. Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia. Stwierdzam kworum. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat sytuacji pacjentów z cukrzycą i zapewnienie bezpieczeństwa oraz równego dostępu do opieki diabetologicznej w Polsce.

Witam zaproszonych gości: panią Marzannę Bieńkowską, zastępcę dyrektora Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta; panią Grażynę Cebulę-Kubat, przewodniczącą Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy; Aleksandrę Czachowicz z Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego; profesora Leszka Czupryniaka z Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego; panią Annę Gołębiczką, ekspert OZZL; Dominikę Janiszewską-Kajkę, zastępcę dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia; Monikę Kaczmarek, prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków; Katarzynę Kot-Nowak, ekspert Pracodawców RP; Magdalenę Kuśmierską-Bucoń, specjalistę w Departamencie Współpracy w BRPP; Małgorzatę Masierek, ekspert Pracodawców RP; Annę Miszczak, dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia; profesor Agnieszkę Szypowską z Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego; Andrzeja Tytułę, doktora nauk medycznych, wiceprezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych; Monikę Zamarlik, doktor nauk medycznych i ochrony zdrowia z Federacja Diabetyków; Krzysztofa Zdobylaka, członka zarządu Stowarzyszenia IFIC Polska. Witam bardzo serdecznie. Witam państwa państwów.

Zacniemy od informacji Ministerstwa Zdrowia. Bardzo proszę panią dyrektor Dominikę Janiszewską-Kajkę, zastępcę dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia, o zabranie głosu.

#### Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia **Dominika Janiszewska-Kajka**:

Dziękuję panie przewodniczący. Dzień dobry państwu...

### **Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):**

Przepraszam, jeszcze chciałbym poinformować, że dzisiaj będzie tylko jeden punkt, ponieważ ze względu na nieobecność pana profesora przełożyliśmy drugi punkt na 28 maja. Ten punkt dotyczący rozpatrzenia informacji na temat zaburzeń lipidowych będziemy procedować 28 maja na posiedzeniu podkomisji, łącznie z chorobami nerek.

### **Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:**

Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, ja przedstawię skrótową informację, jak zwykle, bo ta informacja dla państwa przedstawiona tutaj jest bardzo obszerna. Oczywiście ona zawiera informacje, dane liczby, wartość rozliczonych świadczeń, ale postaram się w kilku zdaniach opowiedzieć o tym pierwszym temacie, który dotyczy opieki diabetologicznej.

Cukrzyca stanowi grupę chorób metabolicznych, charakteryzujących się przewlekłą hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania insuliny i działania obu tych mechanizmów. Wyróżnia się różne rodzaje cukrzycy. Według danych Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej w 2024 r. na cukrzycę chorowało ponad 3 mln pacjentów w wieku od 20. do 79. roku życia, co odpowiada rozpowszechnieniu tej choroby na poziomie ponad 10%. Natomiast wysoki pozostaje odsetek nadal niezdiagnozowanych pacjentów, bo stanowi on 18,2%, co wskazuje na bardzo istotny problem zdrowotny.

Cukrzyca typu 1 dotyczy około 131 tys. pacjentów, a liczba zgonów związanych z cukrzycą w populacji dorosłych jest szacowana na około 20 tys. rocznie. Przewlekła hiperglikemia prowadzi do uszkodzenia wielu narządów, w szczególności do uszkodzenia układu sercowo-naczyniowego, nerek, wzroku, układu nerwowego i generalnie generuje bardzo wysokie koszty zdrowotne i społeczne.

Rozpoznanie cukrzycy opiera się na oznaczeniach glikemii przygodnej, na czczo, ale też innych badaniach. Wprowadzono jasne kryteria rozpoznania stanu przedcukrzycowego, które wymagają oczywiście pogłębionej diagnostyki i obserwacji. Badania przesiewowe w kierunku cukrzycy typu 2 zaleca się co 3 lata u osób powyżej 45. roku życia oraz częściej u osób z czynnikami ryzyka, które są teraz bardzo powszechnie nagłaśniane, jak otyłość, nadciśnienie czy dodatni wywiad rodzinny.

Jak wygląda leczenie? Leczenie cukrzycy obejmuje edukację pacjentów, modyfikację stylu życia, terapie farmakologiczne, leczenie powikłań oraz kompleksowe zarządzanie ryzykiem sercowo-naczyniowym. W cukrzycy typu 1 insulinoterapia stanowi bezwzględne wskazanie od momentu rozpoznania realizowane w modelu wielokrotnych wstrzyknięć lub z użyciem osobistych pomp insulinowych. Preferowane są analogi insuliny ze względu na lepszą stabilność glikemii i mniejsze ryzyko hipoglikemii. W cukrzycy typu 2 stosuje się leki doustne i iniekcyjne, w tym metforminę, flosyny, które całkiem niedawno dostały refundację, inhibitory oraz analogi GLP-1, a w przypadku nieskuteczności insuliny. Coraz większe znaczenie w leczeniu odgrywają nowoczesne technologie monitorowania glikemii CGM-y, FGM-y, które poprawiają kontrolę metaboliczną i bezpieczeństwo terapii.

Od 1 października 2022 r. działa opieka koordynowana w POZ. Opieką tą zostali oczywiście objęci pacjenci z cukrzycą i chorobami sercowo-naczyniowymi. Opieka realizowana jest na podstawie indywidualnego planu opieki medycznej. Model ten zwiększa dostęp do badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych, porad dietetycznych edukacyjnych bez konieczności, jeżeli pacjent jest ustabilizowany, kierowania pacjenta do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Dane Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują na dynamiczny wzrost liczby konsultacji diabetologicznych i kardiologicznych na przestrzeni lat 2023–2025 i w większości województw oczywiście obserwujemy systematyczny wzrost liczby pacjentów objętych tym modelem opieki. Ja tylko przytoczę państwu z tego obszernego materiału, jak wygląda to liczbowo.

Na stronie dziewiątej jest tabelka – liczba pacjentów korzystających ze świadczeń opieki koordynowanej w POZ w zakresie diabetologii. Tutaj mamy tabelkę, która obejmuje wszystkie województwa. Proszę spojrzeć, że liczba takich pacjentów rzeczywiście wzrasta. W 2023 r. mieliśmy 182 tys. pacjentów od 18. roku życia, natomiast w roku 2024 mamy już 430 tys., a w roku 2025 to jest prawie 600 tys.

Kontynuując, jak wygląda ambulatoryjna opieka specjalistyczna. W AOS realizujemy poradnictwo diabetologiczne dla dorosłych i dzieci. Zapewnia się dostęp do szerokiego zakresu badań diagnostycznych. Jeśli chodzi o liczbę poradni, to w 2024 r. mieliśmy 735 poradni diabetologicznych dla dorosłych i 37 pediatrycznych. One łącznie zrealizowały ponad 2,3 mln porad.

Na tym etapie należy wspomnieć o projekcie odwróconej piramidy świadczeń, bo w zakresie diabetologii dość sporo się dzieje. Wspólnie z ekspertami pracujemy nad modelem, aby tę opiekę odwrócić, czyli żeby część diagnostyki i leczenia była przeniesiona do POZ i AOS tak, żeby maksymalnie ograniczyć liczbę świadczeń udzielanych w ramach leczenia szpitalnego. Planuje się również włączenie nowych świadczeń diagnostycznych, edukacyjnych, badań genetycznych, porad – tutaj na pewno wybrzmi przede wszystkim konieczności włączenia porady edukacyjnej w AOS. To jest niezwykle istotne dla pacjentów, zarówno dla dzieci, jak i dla dorosłych, bo – tak jak wspomniałam – jednym z pierwszych etapów leczenia pacjenta jest jego dobra edukacja, czyli edukacja rodziców, ale też małoletniego pacjenta. Tak więc też toczą się prace w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Zostało skierowane zlecenie, która ma na celu zakwalifikowanie nowego świadczenia, ale nie tylko tego, bo mamy też kilka badań genetycznych, które są obecnie w procesie analizy agencji.

Leczenie insuliną z użyciem pomp. Świadczenie leczenia insuliną z użyciem pompy insulinowej jest świadczeniem gwarantowanym dla pacjentów do 26. roku życia, którzy spełniają określone kryteria kliniczne. Obecnie trwają analizy, ale też negocjacje i rozmowy, które toczą się w zakresie poszerzenia tak naprawdę grupy wiekowej, która mogłaby być wyposażona w takie pompy.

Odbywają się spotkania u pana ministra Maciejewskiego. Nie jest tajemnicą, że oczywiście ze względu na ograniczone środki finansowe te analizy są prowadzone razem z agencją. Jest duże zapotrzebowanie i pan minister – oczywiście ministerstwo, kierownictwo – ma świadomość tego, że wyposażenie pacjentów powyżej 26. roku życia byłoby olbrzymim wsparciem, ale oczywiście musi mieć na względzie środki finansowe, którymi obecnie dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Zastanawiamy się więc nad czasem, w którym najlepiej byłoby, aby takie świadczenie było dostępne dla tych pacjentów.

Mamy wyliczenia, już nawet trzy analizy agencji, bo analizy były poprawiane ze względu na populację, która została początkowo określona jako rzeczywiście bardzo szeroka. Agencja poprawiając analizę, przekazała nam materiał i teraz będziemy się zastanawiać nad sposobem objęcia finansowaniem tej grupy pacjentów powyżej 26. roku życia, którzy oczywiście spełniają określone kryteria kliniczne.

Jako jeden z elementów opieki należy oczywiście wspomnieć opiekę nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą. Opieka nad uczniami z cukrzycą realizowana jest na podstawie ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami. Tutaj czuwają pielęgniarki szkolne, lekarze POZ i też trwają prace nad włączeniem porady edukacyjnej dla małoletnich pacjentów.

Pracownicy szkół mogą wykonywać czynności związane z opieką nad uczniem z cukrzycą po uzyskaniu odpowiedniego przeszkolenia i oczywiście zgody opiekunów lub rodziców. Od 2014 r. realizowane są ogólnopolskie szkolenia „Dziecko z cukrzycą”, które objęły już 30 tys. pacjentów. W 2026 r. planowane jest zakończenie prac nad opracowaniem wytycznych opieki zdrowotnej nad dziećmi z cukrzycą w środowisku szkolnym.

Ja nie będę opowiadała o refundacji, która jest tematem niezwiązanym akurat z departamentem, który reprezentuję, chociaż reprezentuję ministra zdrowia, ale oczywiście państwo dostali informację o lekach, które są refundowane, o tym, jaką mamy wartość rozliczonych świadczeń w poszczególnych latach i oczywiście o tym, że obecnie trwają prace nad listą leków refundowanych. Bardzo chętnie odpowiem na pytania, na które będę mogła, ale też na piśmie odpowiemy na pytania, które będą dotyczyły bezpośrednio leków. Na tym panie przewodniczący zakończyłabym swoją wypowiedź, dlatego że materiał jest dość obszerny, natomiast bardzo możliwe, że są pytania ekspertów. Bardzo dziękuję.

**Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):**

Dziękuję bardzo pani dyrektor za informację.

To może zaczniemy dzisiaj od strony społecznej. Bardzo proszę, pan Krzysztof Zdobyłak.

**Członek zarządu Stowarzyszenia IFIC Polska Krzysztof Zdobyłak:**

Dzień dobry. Krzysztof Zdobyłak, ekspert do spraw transformacji systemu ochrony zdrowia Stowarzyszenia IFIC Polska.

Dziękuję za przedstawienie tej informacji. Tak jak pani dyrektor powiedziała, rzeczywiście jest ona dość obszerna, natomiast zabrakło moim zdaniem dość istotnej informacji. To znaczy wiemy, że leczymy cukrzycę, wiemy, ile na to wydajemy, ale czy leczymy ją skutecznie, jak mierzymy jakość tego leczenia i naszego systemu opieki diabetologicznej. Nie widzę tu żadnej informacji na przykład o powikłaniach i kosztach. Jak to się odnosi do innych systemów ochrony zdrowia?

Czy my jesteśmy lepsi od tych systemów, czy gorsi? Czy te środki wydajemy efektywnie? Myślę, że to byłoby bardzo ciekawe, bo leczyć dla samego leczenia to nie jest sztuka, a leczyć trzeba tak, żeby nie było tych powikłań, stanów ostrych i później dodatkowych kosztów pacjentów, którzy lądują na SOR-ach chociażby dlatego, że nie mogą dostać tej opieki odpowiednio wcześniej i odpowiednio dobrej jakości.

Drugie pytanie. Pani dyrektor postawiła chyba śmiałą tezę, że opieka koordynowana działa od 2022 r. Powiedziałbym, że opieka koordynowana jest w naszym systemie, ale czy działa, to jest pytanie, na które nadal niestety nie mamy odpowiedzi. Byłbym więc wdzięczny za uargumentowanie, na jakiej podstawie pani dyrektor stwierdza, że ona działa, bo jej skala jest dość mała, a właściwie bardzo mała. Jeśli chodzi ogólnie o opiekę koordynowaną w POZ-ach, zwłaszcza o ścieżkę diabetologiczną, naprawdę niewielki odsetek podmiotów uczestniczy w opiece koordynowanej. Jakie efekty ona przynosi? To znaczy, jeśli chodzi o pacjentów objętych opieką koordynowaną diabetologiczną, na jakich konkretnie wskaźnikach i danych widzimy, że to przynosi efekty, działa, co jest lepszego dla tych pacjentów, ale nie na zasadzie, co mają dostępne, ale jak rzeczywiście ich stan zdrowia jest lepszy od pacjentów nieobjętych opieką koordynowaną. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pani się zgłaszała. Bardzo proszę przedstawić się.

**Przewodnicząca Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Grażyna Cebula-Kubat:**

Grażyna Kubat. Ja chciałabym tylko zapytać panią dyrektor, jak się zmieniły wskazania do refundacji na przykład do nowych doustnych leków przeciwcukrzycowych, między innymi dla Jardiance. Jest to lek, który świetnie działa i jest stosowany raz dziennie w przypadku cukrzycy typu 2, ale obwarowania do tej pory były takie, że rzadko kto miał tę refundację, a więc płacimy 100%. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś jeszcze ze strony społecznej chce zabrać głos? Bardzo proszę.

**Prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków Monika Kaczmarek:**

Dzień dobry państwu. Dziękuję za zaproszenie. Reprezentuję Polskie Stowarzyszenie Diabetyków.

Bardzo dziękuję ministerstwu za tę obszerną informację. Nie ukrywam, że od jakiegoś czasu często się spotykamy i rozmawiamy, chociażby w ramach dekalogu w opiece diabetologicznej, jaki powstał i staramy się być na bieżąco. Nie ukrywam jednak, że dzisiaj zaniepokoiła część grupy pacjentów – i niestety znowu z mediów dowiedzieli się pacjenci – lista leków S. Są obawy. Media różnie to przedstawiają. Pacjent ma prawo nie rozumieć, bo każde media inaczej to przedstawiają. Natomiast dzisiaj sugerowano, że przy planowanych zmianach w programie darmowych leków dla seniorów 65+ będą szukane oszczędności. Nie wiemy, na jakim etapie, czy z tej listy jakieś leki będą usunięte, czy zabrane, czy zostaną, jak po prostu będzie wyglądał proces. Nie chcielibyśmy się dowiadywać z telewizji, tylko od ministerstwa, czy są plany. Pacjent, który już jest na kilkuletniej terapii, na lekach, które już ma przystosowane od kilku lat, które dobrze działają, cukrzyca jest wyrównana, teraz ma obawy, czy te leki zostaną zmienione, czy zostaną zastąpione i jak to będzie wyglądało.

**Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę.

**Prezes Federacji Diabetyków Monika Zamarlik:**

Dzień dobry państwu. Monika Zamarlik, Ja jestem prezeską Federacji Diabetyków.

Bardzo przepraszam za spóźnienie, ale pociąg z Gdańska, z którego do państwa jadę, się spóźnił. Nie wiem, czy była mowa na ten temat. Zapoznałam się pobieżnie z dokumentem, ale skoro mam te dwie minuty, to bardzo proszę o wysłuchanie stanowiska środowiska pacjentów diabetologicznych, że mamy takie dwa priorytety.

Pierwszym jest refundacja pomp dla osób 26+. To dla systemu ochrony zdrowia są stosunkowo niewysokie pieniądze, bo to jest rocznie między 30 a 36 mln. Jest pozytywna rekomendacja

AOTMiT. Bardzo prosimy panią minister o podpisanie tego rozporządzenia, bo to jest nie tylko komfort życia pacjentów z cukrzycą po 26. roku życia, ale to jest przede wszystkim przeciwdziałanie powikłaniom. To jest ogromny problem. Kiedy człowiek kończy 26 lat, traci refundację pompy insulinowej, musi ją kupić sam. Najczęściej to jest taki okres, kiedy chciałby kupić mieszkanie, założyć rodzinę, no i rezygnuje z tego nowoczesnego leczenia. To niestety jest brzemiennie w skutki, bo jest bardzo istotne pogorszenie wyników wyrównania metabolicznego. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa, która nie będzie generować wydatków ze strony systemu ochrony zdrowia, to jest zrównanie dostępu do systemów monitorowania glikemii różnych producentów, nawet dla tych wskazań refundacyjnych, które już są. Chodzi o portfolio, z którego może pacjent korzystać. Mówimy o sprawdzonych, dobrych, rekomendowanych przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne systemach, żeby chociaż na początek to zostało wdrożone. A kolejny, równie ważny krok to refundacja systemów monitorowania glikemii dla wszystkich pacjentów, którzy są leczeni insulinoterapią, bo każda dawka insuliny może mieć efekt hipoglikemizujący i po prostu może bez odpowiedniego monitorowania być zagrożeniem zdrowia i życia pacjentów. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś jeszcze? Bardzo proszę. Proszę się przedstawić do mikrofonu.

**Prezes Fundacji dla Dzieci i Dorosłych z Cukrzycą Dagmara Staniszevska:**

Dagmara Staniszevska, Fundacja dla Dzieci i Dorosłych z Cukrzycą.

Dziękuję bardzo za zaproszenie. Ja jeszcze chciałabym podpytać o jedną rzecz, o której mówiła pani z ministerstwa. Chodzi o temat opieki nad dzieckiem w placówce oświatowej, bo przez jakiś czas trwały prace, żeby wypracować jakieś rozwiązanie, aby to była jednak dedykowana osoba wykształcona w kierunku medycznym, żeby tej opieki nie sprawowali nauczyciele, bo nauczyciele jednak są od uczenia, a nie od opiekowania się dzieckiem chorym. Chciałabym podpytać, czy jest jakiś plan, żeby te rozmowy czy te działania kontynuować, żebyśmy jakoś wreszcie ten problem rozwiązali, bo to się ciągnie chyba już kilkanaście lat, a nawet chyba więcej, i cały czas ta sprawa jest nierozwiązana. Tak naprawdę to wszystko to są zawsze rozwiązania polowiczne, żeby jakoś było i żeby jakaś osoba była wyznaczona, ale to nie są osoby kompetentne. Nie ma pielęgniarek w szkołach przez cały okres przebywania dzieci, już nie mówiąc o przedszkolach, gdzie w ogóle nie ma opieki nad tymi dziećmi. Mam więc takie pytanie, czy ten temat wróci do rozmów.

**Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś jeszcze ze strony społecznej? Bardzo proszę, żeby pani dyrektor odpowiedziała i poprosimy państwa posłów. Teraz? Dobrze. Bardzo proszę, pan poseł Bojarski.

**Poseł Krzysztof Bojarski (KO):**

Dziękuję. Jeżeli mogę dopytać, czy państwo dysponują danymi dotyczącymi poziomu powikłań cukrzycy, bo wydaje się, że to by był taki najbardziej obiektywny element, choć oczywiście w całym elemencie i w całym systemie jest jeszcze pacjent i od niego bardzo wiele zależy. Ta opieka może być naprawdę dobra, a sam pacjent może nie chcieć z niej z jakichś powodów skorzystać. Czy mamy jakiś punkt wyjścia do tego, czyli z roku 2022, gdy rozpoczęliśmy wdrażać tę opiekę koordynowaną? Moim zdaniem ocena skali zmniejszania lub zwiększania się powikłań pocukrzycowych – stopy cukrzycowej czy innych elementów – byłaby istotnym miernikiem skuteczności tej opieki, którą dzisiaj proponujemy pacjentom. Ten model opieki skoordynowane wydaje się najbardziej korzystny, wsparty jeszcze AOS i ewentualną hospitalizacją. Czy uzyskujemy i ile uzyskujemy z tego w kontekście poprawy efektów leczenia? Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):**

Dziękuję.

Bardzo proszę, pani poseł.

**Poseł Joanna Mucha (niez.):**

Bardzo dziękuję. Przepraszam za spóźnienie. Nie wiem, czy była o tym mowa, zanim przyszedłam. Jakie są szacunki, ilu mamy pacjentów niezdiagnozowanych w tej chwili? Jaka to jest grupa? Było – 18%. OK.

Drugie pytanie, a właściwie to jest takie doprecyzowanie pytania, które Krzysztof przed chwilą zadał. Wydaje mi się, że to, co powinno być dla nas bardzo istotne, to jest to, ile jest tych powikłań po 26. roku życia, czyli w momencie, kiedy pacjent przestaje stosować pompę. Czy my to w jakiś sposób monitorujemy? Jeśli koszt dostarczenia tych pomp dla osób dorosłych, jak pani powiedziała, to jest 30–36 mln, to daję sobie rękę uciąć, że koszty powikłań będą wyższe i to znacznie wyższe, wielokrotnie wyższe. Zatem pytanie, czy my to monitorujemy i czy mamy taką wiedzę, żeby to policzyć.

Trzecie pytanie. Przepraszam, ja się po prostu nie znam, więc chciałabym o coś dopytać. Jeśli dziecko ma cukrzycę, chodzi do szkoły – mówiliśmy o interwencji pielęgniarki, ewentualnie nauczyciela – na czym polega taka interwencja. Czy to jest zastrzyk? Jak to się odbywa? Czego musimy nauczyć naszych nauczycieli, nauczycielki, żeby takie dzieci mogły być bezpieczne?

Pytam dlatego, że przypominam sobie na dyżurze poselskim taką kobietę, która mi opowiadała, że ona siedzi pod drzwiami klasy, bo dziecko dwa razy miało zapaść chyba, i ona po prostu wyszła z rynku pracy po to, żeby siedzieć pod klasą i pilnować tego, żeby dziecku nic się nie stało. Jest więc pytanie, w ilu przypadkach mamy do czynienia z tym, że rodzic musi wychodzić z rynku pracy dlatego, że polska szkoła nie potrafi tutaj pomóc. Na ile to jest trudna interwencja ewentualnie i na ile to jest trudne, żebyśmy jednak nauczycieli się oferować taką pomoc? Prawdopodobnie państwo mają też wiedzę, jak to się odbywa w innych krajach. Przypuszczam, że mają państwo pełną wiedzę. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Pani chyba chciała się do tej sprawy odnieść.

**Prezes Federacji Diabetyków Monika Zamarlik:**

Czy ja mogę teraz pani poseł odpowiedzieć na pytanie? Pozwolę sobie. Ja swoją pracę doktorską poświęciłam problemowi opieki nad dziećmi z cukrzycą typu 1 w placówkach oświatowych i badałam ten problem, te bariery. Przede wszystkim to już pani Dagmara Staniszevska powiedziała, że zgodnie z ustawą o opiece zdrowotnej nad uczniami opieka nad uczniami przewlekle chorymi w placówkach oświatowych powierzona jest pielęgniarkom szkolnym. Ich w placówkach nie ma. To znaczy, one są – jeżeli placówka ma powyżej 800 uczniów to na cały etat, a jeżeli relatywnie mniej, to oczywiście będzie tych godzin, tych dni mniej, ale bywają i takie placówki, że w ogóle tych pielęgniarek nie ma. W związku z tym zgodnie z ustawą nauczyciel lub inny pracownik placówki oświatowej może się podjąć pomocy dziecku z chorobą przewlekłą, w tym wypadku mówimy o cukrzycy typu 1, tylko wtedy, jeżeli wyrazi na to zgodę. Jednak często tej zgody nie wyraża, bo po prostu nie jest do tego przygotowany. Jest przygotowany do uczenia, a nie do czynności medycznych. Nie są też do końca dookreślone kwestie odpowiedzialności za ewentualne błąd, za ewentualną pomyłkę.

Odpowiadając już bezpośrednio na pytanie pani poseł, dziecko z cukrzycą typu 1 musi monitorować poziom glikemii przez cały czas pobytu w placówce. Na wszystkie posiłki, które zjada – skoro spędza w szkole, w przedszkolu wiele godzin, to musi tam jeść – musi podawać insulinę i często nie jest na tyle samodzielne, żeby to robić bez pomocy osoby dorosłej. Jeśli jest to dziecko, które już może się skomunikować z rodzicem, rodzic może powiedzieć, co ma zrobić w danej trudnej sytuacji, ale jeżeli to jest małe dziecko, potrzebuje takiego pośrednika i tym pośrednikiem często jest właśnie nauczyciel, jeżeli wyrazi zgodę. Czyli nauczyciel kontaktuje się z rodzicem, rodzic mówi, co należy robić i ten nauczyciel – tak jak powiedziałam, jeśli się zgodzi – tę czynność wykonuje. Jest to przede wszystkim podanie insuliny, monitorowanie poziomu glikemii.

Ta zapaść, jak to pani poseł nazwała, to prawdopodobnie był epizod hipoglikemii, czyli spadku poziomu glikemii, spadku poziomu cukru poniżej krytycznej wartości. Mówimy o hipoglikemii klinicznie istotnej, jeżeli to jest 54 mg/dl i niżej, ale bywają też sytuacje – one są na szczęście rzadkie – kiedy osoba z cukrzycą może stracić przytomność w wyniku właśnie spadku glikemii. Wówczas konieczne jest podanie zastrzyku z glukagonu. To jest taki zastrzyk, który działa przeciwnie do insuliny.

Insulina – ja bardzo to upraszczam, ale tak, żeby to było dość przejrzyste – obniża poziom cukru. Glukagon, który podaje się w zastrzyku, ten poziom glikemii, poziom cukru podnosi. Są to na szczęście sytuacje incydentalne, ale mogą się zdarzyć. To jest zastrzyk domięśniowy, ratujący życie, tak więc podanie tego zastrzyku jest konieczne.

Troszkę się poprawiło, ponieważ w maju ubiegłego roku została przyjęta znowelizowana ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym i na mocy tej ustawy każda osoba, która jest świadkiem jakiegoś problemu zdrowotnego innej osoby, ma prawo, możliwość, wręcz obowiązek udzielenia pierwszej pomocy korzystając z tych preparatów, z tych sprzętów, które dana osoba, chorująca na określoną jednostkę chorobową, ma przy sobie. Kiedy tego nie było, to wystarczającym działaniem nauczyciela czy innego pracownika placówki oświatowej było wezwanie zespołu ratownictwa medycznego. Teraz ma obowiązek i jakby jest zwolniony z odpowiedzialności za potencjalne błędy na podstawie właśnie tej ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Jeśli mogę jeszcze chwilę, to o tym, co pani poseł też powiedziała – te mamy siedzące pod klasami lekcyjnymi pilnujące swoich dzieci. My nawet mamy na to pewne określenie. To są koczujące mamy. Czyli mamy, które, kiedy dziecko zaczyna chorować na cukrzycę typu 1 i nikt w szkole, w przedszkolu nie chce podjąć się opieki, rezygnują z pracy zawodowej i latami siedzą pod salami lekcyjnymi na korytarzach szkolnych. I to nie jest problem tego roku, zeszłego roku. To jest od bardzo, bardzo wielu lat.

Ja zajmuję się cukrzycą lat 20. Przez te 20 lat dużo się zmieniło na plus dzięki nowoczesnym technologiom, natomiast nie potrafiłszyśmy – my dorośli – zapewnić dzieciom prawa do nauki, tak, żeby te matki, bardzo sporadycznie ojcowie, nie musieli rezygnować z pracy, żeby dzieci były objęte opieką.

Już kończąc... Pytała pani poseł, jak jest w innych krajach. To nie jest problem tylko Polski, ale tam, gdzie zostało to dobrze rozwiązane, został wprowadzony do systemu oświaty asystent dziecka ze specjalnymi potrzebami. Mówię o różnych chorobach przewlekłych – dziś się zajmujemy cukrzycą.

Rekomendacja, którą miałam też przyjemność tworzyć razem z Polskim Towarzystwem Diabetologicznym, bo my stworzyliśmy takie rekomendacje na prośbę pana ministra jeszcze w roku 2021... Ministerstwo Zdrowia zwróciło się do Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w roku 2021 o przygotowanie zaleceń, jak powinna wyglądać opieka nad dzieckiem z cukrzycą w placówce oświatowej i od tego czasu to jest w procesie. Jeśli nie wiadomo, o co chodzi, to pewnie chodzi o pieniądze, bo taki asystent, który miałby się znaleźć w placówce oświatowej, musiałby być wynagradzany. Oczywiście sprawa. Pytanie, czy on byłby zatrudniony przez Ministerstwo Zdrowia, czy przez Ministerstwo Edukacji Narodowej.

W każdym razie jest to rekomendacja i takie rozwiązanie, które w innych krajach, na przykład w Irlandii, przynosi bardzo dobre efekty, bo jest osoba dedykowana takiemu dziecku, które potrzebuje opieki. Mówimy o sytuacji, kiedy w placówce nie ma pielęgniarki, bo jeżeli ona jest to, to jest jej obowiązek – na zlecenie lekarza ma zajmować się dzieckiem z cukrzycą. Jeśli jej nie ma, powinien pojawić się asystent. Dziękuję. Jeśli będą pytania, to chętnie odpowiem.

**Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę.

**Posel Joanna Mucha (niez.):**

Tylko jedno dodatkowe pytanie. Czy są takie miejsca, takie kraje, gdzie nauczyciel jest przeszkolony albo przynajmniej grupa nauczycieli w szkole, którzy mogą wykonać ewentualnie taki zastrzyk?

**Prezes Federacji Diabetyków Monika Zamarlik:**

Pani poseł, takim krajem jest też Polska, bo to nie jest tak, że wszystkim dzieciom z cukrzycą – a mamy tych dzieci do 14. roku życia 20 tys. – towarzyszą koczujące mamy. To są sytuacje, nie chcę powiedzieć, że incydentalne, ale takie, które się zdarzają, że te mamy muszą tam być i dzieci pilnować.

Dzieci z cukrzycą szybko dojrzewają, szybko się uczą. Same potrafią już pewne rzeczy. Oczywiście ten wspierający nauczyciel musi temu dziecku towarzyszyć. Nie chciałabym, żebyśmy opieki nad dzieckiem z cukrzycą sprowadzali do mierzenia cukru i podawania insuliny, bo to są też kwestie związane z emocjami, z pewną ograniczoną percepcją, kiedy jest ta hipo- czy hiperglikemia, objęcie opieką dziecka z chorobą przewlekłą, z niepełnosprawnością, w grupie rówieśniczej, zapobieganie dyskryminacji. Tak więc tych aspektów jest dużo, dużo więcej. Nie sprowadzamy więc tego tylko do poziomu cukru.

Powiem tak. My jako organizacje pacjenckie robimy bardzo dużo szkoleń dla nauczycieli dzieci z cukrzycą. Moja organizacja zrobiła ich w zeszłym roku 300. Wiele organizacji działających w całej Polsce też prowadzi takie szkolenia i my jakby uzupełniamy ten brak. Jest luka i my tę lukę staramy się wypełnić, ale bardzo zasadne byłoby przyjęcie takiego rozwiązania, żeby te szkolenia były obligatoryjne i finansowane przez budżet państwa. Zaraz mi ktoś z państwa odpowie, że jest odpis nauczycielski 0,8% od wynagrodzeń nauczycieli i z tego mogą dyrektorzy szkół te szkolenia finansować. No tak, duże szkoły mają dużo pracowników, dużo pieniędzy, małe szkoły, mało pracowników, mało pieniędzy. Przedszkola nie mają ich wcale, więc nie ma środków na to, żeby te szkolenia finansować.

Modelowym rozwiązaniem wydaje się właśnie Irlandia, gdzie jest asystent. Też ciekawe rozwiązanie jest w Austrii, gdzie państwo z mocy państwa ubezpiecza nauczycieli na wypadek właśnie jakiejś pomyłki, bo tego, czego nauczyciele często się boją, to jest właśnie odpowiedzialność – co się stanie, jeżeli się pomyłę, jeżeli zrobię coś nawet w dobrej wierze, ale po prostu błędnie.

### **Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Ja jeszcze zapytam panią dyrektor, ponieważ w tej informacji czytamy o liczbie pacjentów korzystających ze świadczeń opieki koordynowanej w POZ w zakresie diabetologii. W moim województwie, podkarpackim, to 23 tys. osób, a w województwie lubelskim 53 tys., a te województwa mają taką samą populację. Tu są 2 mln mieszkańców i tu są 2 mln. Czy państwo analizowali, z czego wynika tak duża różnica, że tu jest dwukrotnie więcej osób objętych tą opieką koordynowaną?

Jeszcze mam pytanie dodatkowe. Szacuje się – czy dobrze mówię – że około 5 mln osób ma stan przedcukrzycowy. Są prognozy, że w 2030 r. może być nawet 4,2 mln ludzi chorych na cukrzycę. Wiemy, że czynnikami ryzyka są między innymi styl życia, otyłość, nadwaga, ale też mała aktywność fizyczna. Jeżeli chodzi o otyłość, to w Polsce 56% Polaków ma nadwagę lub otyłość, a dotyczy to 30% dzieci i młodzieży. Jakie działania należy podjąć, żeby właśnie te czynniki ryzyka próbować wyeliminować? Myślę, że warto prowadzić edukację czy profilaktykę w tym względzie. Dziękuję.

Bardzo proszę, pani dyrektor.

### **Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:**

Dziękuję bardzo. Rzeczywiście bardzo obszerny zakres zagadnień państwo poruszyli, ale może zacznę od kilku ważnych, bo ważne uwagi padły. Rzeczywiście chodzi o wskaźniki i powikłania. Czy my to mierzymy? Ostatnie informacje Narodowego Funduszu Zdrowia – to jest taka informacja zbiorcza – pochodzi z 2019 r. Nie mamy świeższych. Myślę, że jest to kwestia po prostu zlecenia albo zwrócenia uwagi prezesowi, żeby opublikował świeższe dane. Tam będą państwo mieli wszystkie informacje odnośnie do powikłań.

Jeśli chodzi o powikłania, które są związane z tym rozpoznaniem – akurat to są dane na 2018–2019 – wśród 1 000 700 pacjentów chorych na cukrzycę 39% miało rozpoznania współistniejące. Najczęstsze to oczywiście nadciśnienie tętnicze, zaburzenia przemian lipidowych inne lipidemie, choroba niedokrwienna serca. Otyłość też tutaj się pojawia, ale myślę, że tak jak państwo wskazują, to jest tendencja wzrostowa, czyli tu będziemy mieć większy procent otyłości i innych rozpoznań współistniejących, ale nie mam danych świeższych. Będzie należało zlecić. Jest bardzo fajna analiza, która to pokazuje. Tam są wykresy. Udało się nam znaleźć taką analizę z 2019 r.

Jeśli chodzi o wskaźniki jakości w ochronie zdrowia, to rozporządzenie, które funkcjonuje na podstawie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, nie ma takich wskaźników jakości, które dotyczą stricte diabetologii. Jeżeli jest jakiś pomysł na to, żeby można było uwzględnić to w rozporządzeniu, to w najbliższym czasie czeka nas nowelizacja tego rozporządzenia. Rozporządzenie to już trochę funkcjonuje, ale razem z Narodowym Funduszem Zdrowia zauważyliśmy, że wymaga korekty, bo niebawem ukażą się wskaźniki – do 30 kwietnia fundusz będzie publikował – które będą pokazywały, w jaki sposób zostały spełnione te wskaźniki jakości, które nakreśla ustawa.

Będzie możliwa nowelizacja. Mamy już kilka pomysłów, co należy znowelizować, ale jeżeli pan ma też jakieś inne, które dotyczą diabetologii, jak najbardziej proszę do nas napisać, bo akurat teraz zbieramy takie informacje razem z NFZ, co można byłoby znowelizować i jak będziemy mierzyć jakość na podstawie nowych wskaźników.

Powiedziałam, że opieka koordynowana działa, bo ona działa. Rzeczywiście mamy tendencję wzrostową, jeśli chodzi o objęcie opieką pacjentów w tej opiece. Mamy konsultanta, który razem z zespołem do spraw POZ też prowadzi badania, a w zasadzie analizy, co można poprawić, jeśli chodzi o opiekę koordynowaną.

Jest rozbieżność, jeżeli chodzi o objęcie pacjentów tą opieką. Myślę, że to wynika może nie z niższej świadomości, ale z braku wiedzy na temat tego, że można takiego pacjenta objąć opieką koordynowaną, ale też, że placówka może przystąpić do takiej opieki koordynowanej. Z tego wynika może mniejsza liczba jednostek, które wstąpiły w opiekę koordynowaną, a co za tym idzie, też mniejsza liczba pacjentów, pomimo utrzymującej się takiej samej liczby pacjentów, populacji w danych województwach, tak jak pan przewodniczący zauważył.

My też zwrócimy na to uwagę, bo ostatnio było posiedzenie Komisji Zdrowia, które dotyczyło właśnie opieki koordynowanej w POZ. Tam pani konsultant razem z zespołem do spraw POZ przedstawia pewne dobre wnioski, która może przysłużyć się zwiększeniu liczby pacjentów objętych tą opieką. Mamy kilka obszarów, ale niektóre wymagają wzmocnienia i właśnie takiego, jak pan poseł powiedział.

Nie będę się wypowiadała, proszę państwa, na temat leków refundowanych, ale powiem o liście S. Zaraz wyjaśnię, dlaczego o tym powiem i przeczytam też komunikat naszego Biura Komunikacji, ponieważ jest to dzisiaj bardzo gorący temat. W Ministerstwie Zdrowia było dużo zapytań dotyczących trwających analiz listy S, ale to za chwilę.

Jeśli chodzi o kryteria refundacji dla tych nowych leków – o jednym powiedziała pani przewodnicząca – to tego nie wiem. Przyznam się, że nawet nie pamiętam tego leku, który pani wymieniła, ale dopytam po zakończeniu, jakiego leku dotyczy to ograniczenie. Nie będę po prostu opowiadała o lekach, bo nie jest to temat, którym się zajmuję, ale zaraz porozmawiamy i może coś nam się uda pisemnie odpowiedzieć.

Jeśli chodzi o działania na rzecz pacjentów małych, to rzeczywiście, jak państwo zauważyli, jest brak zaleceń dotyczących opieki nad pacjentami małymi. Prace trwają już kilkanaście lat, jak pani powiedziała, czy od 2021 r. Wiem, że Instytut Matki i Dziecka dostał zlecenie i ma przygotować w tym roku zalecenia dotyczące opieki nad pacjentami małymi z cukrzycą, więc bardzo możliwe, że w tym roku już będzie finalizacja tych zadań.

Pani powiedziała o tych działaniach, które trwają kilkanaście lat. Jeżeli działania są z pogranicza Ministerstwa Zdrowia i innego resortu, to zazwyczaj – zauważyliśmy to na przykładzie chorób rzadkich, chociażby – te działania też długo trwają. Może należałoby połączyć siły, bo jednak opieka nad takim pacjentem to jest koordynacja działań. To nie jest też stricte liczenie, więc nie może być to refundowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Może więc należałoby połączyć siły z innym resortem i proponować opiekę na wzór opieki irlandzkiej, ponieważ rzeczywiście wykluczenie, szczególnie matek, z obrotu, powiedzmy, zawodowego z racji tego, że muszą opiekować się swoimi małymi dziećmi, bo dziecko ma tak trudne rozpoznanie i też opieka nad nim jest duża oraz ryzyko ewentualnych powikłań z tytułu niedotrzymania takiej opieki jest duże, jest bardzo ważnym tematem.

Mamy różne rodzaje nowych technologii, które włączamy. Na pewno pompy, CGM-y, są taką wartością dodaną. Wiem, że akurat toczą się prace – też w innym departamencie – ale dotyczą CGM-ów. Ja też nie mogę o tym mówić, dlatego że to są rzeczy, które są jeszcze na etapie analiz i braku decyzji. Wiemy też, że jest tu bardzo aktywny udział organizacji pacjenckich i bardzo duże zainteresowanie pani minister. Akurat pani minister Kacperczyk się zajmuje tym tematem i Departament Polityki Lekowej i Farmacji.

Natomiast, nie wchodząc w temat leków, ponieważ dzisiaj bardzo dużo działa się w obrębie informacji, które dotyczyły prac związanych z listą S, pozwolę państwu, że przeczytam ten komunikat, bo on może pewne rzeczy rozwiązać. To jest komunikat, który został napisany przez Departament Polityki Lekowej i Farmacji i dotyczy prac, które toczą się z udziałem Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, bo pewnie to też państwo mieli na myśli. Przekazywał więc ten komunikat.

„Ministerstwo Zdrowia od kilku miesięcy podnosi w przestrzeni publicznej temat nieustannie rosnących wydatków na programy bezpłatnych leków, w szczególności tak zwanych bezpłatnych leków dla seniora – lista 65+, która rok do roku generuje znaczący wzrost dodatkowych kosztów ponoszonych na refundację apteczną. Pod koniec ubiegłego roku przedstawiono plan działań mających na celu wygenerowanie oszczędności w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2026. Od początku komunikowano o przeprowadzanych analizach bezpłatnych leków

dla seniorów i dzieci, których celem nie jest likwidacja dostępu do bezpłatnych leków, a jedynie optymalizacja wydatków z zachowaniem dostępu do dotychczas finansowanych terapii.

Jak już wskazano, finansowanie bezpłatnych leków dedykowanych osobom starszym generuje obecnie największe wydatki po stronie płatnika publicznego. Wykaz 65+ największy skokowy wzrost w zakresie kwot refundacji i liczby pacjentów miał miejsce 1 września 2023 r., gdy nastąpiło obniżenie kryterium wieku z 75 na 65 lat oraz rozszerzenie wykazu dostępów do bezpłatnych leków.

„Program 65+” kosztował Narodowy Fundusz Zdrowia w ostatnim roku prawie 3,5 mld zł. Jednocześnie w każdym poprzednim roku kalendarzowym koszt był niższy. W 2024 r. to było 2,78 mld zł, w 2023 r. – 1,32 mld zł, a w 2020 r. było to zaledwie 830 mln. Na przestrzeni tylko 4 lat odnotowano przyrost wydatków na poziomie 313%. Ostatnie zmiany w „Programie 65+” miały miejsce we wrześniu 2023 r., kiedy to zredukowano kryterium wiekowe z jednoczesnym rozszerzeniem listy leków do prawie 3800 pozycji. Wzrost liczby pacjentów w programie był oczywistą konsekwencją wprowadzonych zmian. Liczba pacjentów będących beneficjentami tego 65+ w poszczególnych latach to odpowiednio: w 2022 r. – 2,69 mln, w 2023 r. – 6,22 mln, w 2024 r. – 7,22 mln, w 2025 r. – prawie 7,5 mln. Jednakże na uwagę zasługuje nieproporcjonalny wzrost kosztów w stosunku do liczby pacjentów, która w ostatnich 2 latach utrzymuje się na zbliżonym poziomie.

W dobie pogłębiającego się kryzysu finansowego służby zdrowia prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawił możliwe do wdrożenia warianty modyfikacji wykazów bezpłatnych leków, których implementacja generowałaby oszczędności systemowe, nie ograniczając dostępu pacjentów do nieodpłatnych terapii, w rozumieniu leczenia jednostki chorobowej daną substancją czynną. W obliczu narastających wyzwań finansowych systemu ochrony zdrowia minister nie tylko miał prawo, lecz także obowiązek podjąć działania zmierzające do racjonalnego i odpowiedzialnego zarządzania środkami publicznymi i zlecenie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji analizy możliwych wariantów – bo agencja otrzymała takie zlecenie optymalizacji wykazu bezpłatnych leków – jest działaniem wyłącznie analitycznym, które służy ocenie potencjalnych skutków ekonomicznych i organizacyjnych, natomiast nie jest zapowiedzią czy też decyzją o ograniczeniu praw pacjenta.

W debacie publicznej należy jasno oddzielać proces oceny i przygotowania danych do etapu podejmowania decyzji politycznych, gdyż mylenie tych dwóch porządków prowadzi do nieuzasadnionych obaw i może negatywnych narracji, bowiem sam fakt zlecenia przygotowania scenariuszy analitycznych nie oznacza ich wdrożenia. Jest to standardowy element procesu oceny skutków rozważanych zmian, a nie dowód planowanych cięć. Pojawiające się sugestie osób publicznych o domniemanym okradaniu seniorów stanowią fałszywą narrację, nie popartą jeszcze żadnymi decyzjami i mogą wprowadzać pacjentów w błąd.

Trzeba też podkreślić tę rolę agencji, bo jeszcze do niedawna standardowym elementem postępowań refundacyjnych było przedkładanie tak zwanych analiz racjonalizacyjnych w sytuacjach, gdy objęcie danej terapii refundacją wiązało się ze wzrostem kosztów po stronie płatnika publicznego. Te analizy obejmowały różne warianty, które zakładały ograniczenie lub nawet wyłączenie refundacji leków o niskiej cenie jednostkowej, ale generujących istotne koszty dla płatnika.

Tego rodzaju scenariusze przez lata podlegały ocenie agencji w ramach prowadzonych postępowań administracyjnych i z tego względu zlecenie agencji analogicznych wariantów takiej analizy w odniesieniu do wykazów bezpłatnych stanowi działanie typowe, które jest przewidywane w tego rodzaju funkcjonowaniu systemu. Jest to standardem”.

Na tym zakończę swoją wypowiedź, bo jest to wypowiedź, która jest przygotowana przez fachowców, którzy się zajmują lekami i od lat prowadzą procesy refundacyjne. Jeżeli więc takie analizy są zlecane... Tak jak na przykładzie powiedziałam państwu o pompach, tak tutaj też były zlecane agencji trzy analizy, dlatego że naszym zdaniem dwie były wykonywane nieprawidłowo, czyli jakby był błędny proces analityczny, o czym wiedzą i przedstawiciele pacjentów, i przede wszystkim przedstawiciele klinicystów, którzy z nami współpracują.

Państwo mówicie, że to jest trzydzieści kilka milionów. Rzeczywiście być może tak jest, ale pierwsze analizy wskazywały znacznie wyższy koszt. Dlatego obawy ministra budziła taka analiza, bo populacja, która została wzięta pod uwagę, była znacznie zawyżona, co też mogło wywołać mylne przekonanie, że państwa nie będzie stać na to, żeby zrefundować, a jednak to światło zielone jest na tego typu działania.

W przypadku pomp rzeczywiście taka analiza była trzykrotnie w agencji. Jeśli chodzi o leki, też należało wykonać rozeznanie i pewnie to zlecenie, o którym dzisiaj było głośno i które, myślę, jest dosyć mocno w opinii publicznej komentowane, właśnie ma na celu przekazanie ministrowi kilka wariantów działań, czyli jak będzie minister postępował jeszcze przed wydaniem decyzji, ale bez ograniczenia przede wszystkim dostępu do terapii, co chciałabym mocno podkreślić na koniec. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):**

Dziękuję bardzo.

Czy są jeszcze jakieś pytania? Nie ma...

**Poseł Krzysztof Bojarski (KO):**

Z panem przewodniczącym rozmawialiśmy, że w związku z tą informacją, którą pani dyrektor przekazała, że te dane dotyczące powikłań są z 2019 r., mielibyśmy taką rekomendację do Ministerstwa Zdrowia, żeby ewentualnie zlecić Narodowemu Funduszowi Zdrowia, nawet na podstawie metodologii z tamtego czasu, żeby można to było porównać w obiektywny sposób, spróbować przeprowadzić taką analizę z uwzględnieniem danych współczesnych, żebyśmy zobaczyli, co się dzieje.

**Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):**

Bardzo prosiłbym sekretariat o przygotowanie tej rekomendacji. Wyślemy ją do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o realizację.

Jeżeli nie ma więcej osób do dyskusji, to zamykam posiedzenie podkomisji do spraw organizacji ochrony zdrowia. Dziękuję państwu za obecność. Dziękuję stronie społecznej, posłom, wszystkim obecnym i oczywiście sekretariatowi za przygotowanie posiedzenia podkomisji. Dziękuję bardzo.