



Minister Zdrowia

PLD.050.26.2025.UJ
Warszawa, 22 lipca 2025

Pan

Szymon Hołownia

Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

W odpowiedzi na interpelację z dnia 7 lipca 2025 r. nr 10685 Pana Norberta Pietrykowskiego, Posła na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, w sprawie bezpieczeństwa lekowego w Polsce, Minister Zdrowia uprzejmie informuje, co następuje.

Zapewnienie bezpieczeństwa lekowego oraz nieprzerwanego dostępu do farmakoterapii dla pacjentów jest jednym z priorytetów polityki lekowej Polski, a wzmocnienie bezpieczeństwa lekowego Unii Europejskiej jest również jednym z priorytetów zakończonej właśnie Prezydencji Polski w Radzie UE.

Minister Zdrowia popiera wszelkie działania, które mogą się przyczynić do poprawy bezpieczeństwa lekowego naszego kraju, a uniezależnienie się od innych rynków, zwłaszcza rynku azjatyckiego, skąd aktualnie pochodzi duża część surowców i substancji czynnych potrzebnych do wytworzenia leków, jest jednym z kluczowych działań w tym kierunku.

W tym celu konieczna jest więc dywersyfikacja produkcji i dostaw poprzez wspieranie krajowej branży farmaceutycznej oraz tworzenie nowych fabryk w Europie, bliżej rynków zbytu. Przy czym należy brać pod uwagę, że decyzje o produkcji danych substancji czynnych (API), czy też leków gotowych, zależą w głównej mierze od podmiotów odpowiedzialnych i są ich decyzjami biznesowymi, podyktowanymi przyjętymi przez nich strategiami produkcyjnymi. Mając zatem powyższe na uwadze, Minister Zdrowia nie planuje wprowadzania konkretnych mierników osiągnięć w zakresie zwiększenia krajowej produkcji leków, jak np. docelowy poziom suwerenności lekowej, ale ze względu na zmieniającą się sytuację krajowego rynku farmaceutycznego, prowadzi działania polegające na stałym monitorowaniu, wraz z jednostkami podległymi, dostępności rynkowej produktów leczniczych oraz współpracuje z podmiotami odpowiedzialnymi, ekspertami z różnych dziedzin medycyny, resortami i innymi organami/instytucjami uczestniczącymi w funkcjonowaniu krajowego rynku farmaceutycznego w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa lekowego naszego kraju. Minister Zdrowia, w zakresie posiadanych narzędzi, podejmuje na bieżąco wszelkie działania, które mają na celu zwiększenie udziału

leków produkowanych przez krajowych wytwórców, co przyczyni się do zwiększenia suwerenności lekowej Polski, w tym także na arenie europejskiej. W tym miejscu należy wskazać, że bezpieczeństwo lekowe także decyduje o odporności kraju na zagrożenia i kryzysy takie jak pandemia, ataki terrorystyczne, hybrydowe czy agresja zbrojna. Bezpieczeństwo lekowe w kontekście produkcji leków w Polsce, w opinii Ministra Zdrowia powinno być traktowane na równi z bezpieczeństwem militarnym, cybernetycznym czy energetycznym, gdyż gwarantuje ono suwerenność lekową naszego kraju. W zakresie bezpieczeństwa lekowego dla polskich pacjentów, Minister Zdrowia ściśle współpracuje również z Rządową Agencją Rezerw Strategicznych (RARS), będącą agencją wykonawczą podległą ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych. W kwestii zabezpieczenia dostępu do leków, głównie w sytuacjach kryzysowych jak przerwanie globalnych łańcuchów dostaw spowodowanych np. zamykaniem granic czy pandemią, RARS pełni istotną rolę, utrzymując zdolność reagowania w sytuacjach kryzysowych, dysponuje zapleczem eksperckim pozwalającym takie sytuacje zażegnywać oraz posiada odpowiednie możliwości logistyczne, co zostało wielokrotnie potwierdzone zarówno w czasie pandemii Covid-19 i dystrybucji leków oraz szczepionek, jak i w ramach działań podejmowanych w ramach pomocy Ukrainie od pierwszych godzin trwania konfliktu zbrojnego na terytorium tego kraju.

W kwestii Krajowej Listy Leków Krytycznych należy wskazać, że lista ta stanowi ważne narzędzie wspierające zapewnienie suwerenności lekowej Polski. Wskazuje ona substancje czynne, które zostały uznane za krytyczne, gdyż leki zawierające te substancje są stosowane w leczeniu poważnych chorób i w przypadku ich niedoboru na rynku, nie można ich łatwo zastąpić innymi produktami leczniczymi (brak odpowiedników i/lub możliwości zastosowania alternatywnych technologii medycznych), a zapobieganie niedoborom tych właśnie leków jest szczególnie ważne, gdyż mogą one spowodować poważne zagrożenia dla życia i zdrowia polskich pacjentów. W związku z oczekiwaniami krajowego rynku farmaceutycznego, jak również publikacją w grudniu 2024 r. drugiej edycji Unijnej Listy Leków Krytycznych, w dniu 14 lipca 2025 r., przedmiotowa krajowa lista została zaktualizowana o kolejne 100 pozycji i obecnie zawiera 401 substancji czynnych. Jednocześnie ważnym aspektem jest, by substancje czynne ujęte w polskim wydaniu listy leków krytycznych uwzględnione zostały w kolejnej edycji listy unijnej, co zapewni krajowym producentom możliwość skorzystania z europejskich instrumentów wspomagających (np. z Platformy na rzecz Technologii Strategicznych dla Europy - STEP w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Nowoczesnej Gospodarki 2021- 2027 - FENG ora z innych dotacji unijnych).

W ocenie Ministra Zdrowia istotnym jest wypracowanie zachęt oraz zapewnienie wsparcia dla krajowego przemysłu, które realnie przełożyłyby się na podjęcie decyzji o rozpoczęciu

produkcji lub utrzymaniu produkcji leków krytycznych w naszym kraju. Podczas prac nad tworzeniem pierwszej w Polsce Krajowej Listy Leków Krytycznych Minister Zdrowia rozpoczął rozmowy i współpracę z innymi resortami, jednostkami podległymi oraz instytucjami by wypracować rozwiązania, które przyczynią się do wzmocnienia możliwości produkcyjnych w Polsce. Jednocześnie Minister Zdrowia zwrócił się do krajowej branży farmaceutycznej o przedstawienie obszarów, w których oczekiwane jest wsparcie, wraz ze wskazaniem proponowanych rozwiązań, których wdrożenie skłoniłoby wytwórców do uruchomienia/utrzymania produkcji w Polsce. Otrzymane propozycje zostały przekazane zgodnie z kompetencjami do odpowiednich resortów, organizacji/instytucji, które odniosły się do przedstawionych przez przemysł postulatów. Należy podkreślić, że zakres oczekiwanych i przekazanych przez krajowy przemysł farmaceutyczny zachęt jest bardzo szeroki i dotyczy, oprócz zachęt finansowych, wielu innych obszarów działalności, w tym m. in. prawa budowlanego, decyzji środowiskowych, obrony kraju, infrastruktury krytycznej czy też zabezpieczenia dostępu do mediów.

W tym miejscu należy podkreślić, że Minister Zdrowia nie posiada możliwości udzielania finansowego wsparcia, które można uznać za jeden z ważniejszych instrumentów oczekiwanej pomocy dla krajowej branży farmaceutycznej. Niemniej, różnego rodzaju programy/instrumenty pomocowe leżą we właściwości innych resortów i są zatem prowadzone m.in. przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej czy też Ministerstwo Rozwoju i Technologii, przy udziale innych właściwych ekspertów, instytucji, organizacji, uczelni wyższych oraz instytutów badawczych. Zakres poszczególnych programów/instrumentów pomocowych jest zróżnicowany i dotyczy m. in. wsparcia projektów badawczo-rozwojowych i/lub projektów inwestycyjnych, których celem jest wdrożenie do działalności gospodarczej wyników prac badawczo-rozwojowych, wspieranie rozwoju lub wytwarzania technologii krytycznych w całej Unii, w tym biotechnologii, produktów leczniczych znajdujących się w unijnym wykazie produktów leczniczych o krytycznym znaczeniu i ich składników, czy też zapewnienie bezpieczeństwa lekowego poprzez rozwój krajowej produkcji aktywnych składników farmaceutycznych (API). Minister Zdrowia jest również zaangażowany w te działania, jako organ doradczy/konsultacyjny w zakresie tych programów, które mają za zadanie zapewnić wsparcie i pomoc dla krajowej branży farmaceutycznej, co przyczyni się do rozwoju sektora farmaceutycznego w Polsce i w konsekwencji do poprawy bezpieczeństwa lekowego naszego kraju.

W kwestii strategii zwiększenia udziału substancji czynnych (API) oraz leków gotowych produkowanych w Polsce, należy wskazać na preferencje dla krajowych producentów leków w systemie refundacji. Celem polskiego systemu refundacyjnego jest dostarczanie pacjentom produktów leczniczych, odpowiadających w możliwie najwyższym stopniu aktualnemu zapotrzebowaniu społecznemu, po najniższych cenach w ramach dostępnych

publicznych środków finansowych. W ostatniej dużej nowelizacji ustawy o refundacji znalazły się zmiany wspierające produkcje na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w ramach Bezpieczeństwa Lekowego Polski (BLP). Zaproponowany w ustawie mechanizm BLP, pozwala zwiększyć znaczenie wpływu działalności inwestycyjnej wnioskodawcy w zakresie związanym z ochroną zdrowia na terytorium kraju, zwłaszcza uwzględniający aspekt produkcji leków na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej bądź wykorzystania do produkcji takich leków substancji czynnej wyprodukowanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Stanowi to swoistą zachętę do rozwoju produkcji substancji czynnych i leków w kraju, gdyż dzięki zaproponowanym zmianom możliwe jest wnioskowanie o określone korzyści w zakresie refundacji. Wnioskodawcy mogą ubiegać się o następujące preferencje:

- zwolnienie z obowiązku zapłaty kwoty przekroczenia w przypadku przekroczenia całkowitego budżetu na refundację (tzw. pay-back ustawowy), wówczas koszt ten ponosi Narodowy Fundusz Zdrowia,
- wydanie pierwszej decyzji o objęciu refundacją na okres 3 lat, a każdej kolejnej decyzji o objęciu refundacją na okres 5 lat pod warunkiem, że proponowana cena zbytu netto nie przekroczy 150% ceny zbytu netto leku stanowiącej podstawę limitu w grupie limitowej, w której znajduje się lek będący przedmiotem wniosku, z obwieszczenia Ministra Zdrowia, obowiązującego w dniu złożenia wniosku, chyba że lek nie był dotychczas wytwarzany w Polsce wówczas pierwsza decyzja o objęciu refundacją jest wydawana na okres 5 lat,
- zwolnione z negocjacji cenowych z Komisją Ekonomiczną, w ramach wniosków stanowiących kontynuację refundacji leku refundowanych w aptece,
- rozpatrzenie wniosku w terminie nie dłuższym niż 90 dni, dla leków dostępnych w aptece, oraz nie dłuższym niż 120 dni dla leków refundowanych w ramach chemioterapii lub programów lekowych,
- zmniejszenie opłaty za złożenie wniosku lub jego uzupełnienie, do poziomu 50%,
- obniżenie do 50% opłaty za analizę weryfikacyjną,
- umożliwienie ustalenia urzędowej ceny zbytu w wysokości 75% urzędowej ceny zbytu jedynego odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu.

Dodatkowo, wraz z nadaniem statusu „polskiego leku” redukcji ulega poziom odpłatności pacjenta za lek refundowany w aptece o 10%, jeżeli lek jest wytwarzany w Polsce albo do jego wytworzenia wykorzystano substancję czynną wyprodukowaną na terenie Rzeczypospolitej Polskiej albo o 15%, jeżeli lek jest wytwarzany w Polsce z wykorzystaniem substancji czynnej wytwarzanej w Polsce.

Mając na względzie powyższe, obwieszczenie w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, uzupełniono o dwa nowe wykazy, tj.:

- wykaz G1 - leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo takie, do których wytworzenia wykorzystano substancję czynną wytworzoną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- wykaz G2 - leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z wykorzystaniem substancji czynnej wytwarzanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Wprowadzenie preferencji dla polskich producentów leków spotkało się z dużym zainteresowaniem, dzięki czemu na pierwszym wykazie leków wytwarzanych na terytorium Polski lub wytworzonych z substancji czynnej wytworzonej w Polsce znalazło się ponad 300 leków rozumianych jako indywidualne kody GTIN, zawierających 84 substancje czynne umieszczone w 71 grupach limitowych. Do lipca 2025 r. liczba leków na tym wykazie zwiększyła się dwukrotnie, do 663 indywidualnych kodów GTIN, zawierających 138 substancji czynnych w 112 grupach limitowych. Zdecydowanie mniej pozycji widnieje na wykazie leków wytworzonych w Polsce z wykorzystaniem substancji czynnej wytworzonej w Polsce – na pierwszym wykazie widniały jedynie 24 leki, a do lipca 2025 r. liczba ta wzrosła do 37 indywidualnych kodów GTIN, zawierających 14 substancji czynnych umieszczonych w 12 grupach limitowych. Prowadzone są dalsze prace nad szeroką nowelizacją ustawy refundacyjnej, która jest kompleksowym projektem nowelizacji ustawy refundacyjnej, mającym na celu usprawnienie procesów refundacyjnych, zwiększenie dostępności leków i uwzględnienie potrzeb pacjentów i interesariuszy.

Jednocześnie należy zaakcentować, że szeroko rozumiane bezpieczeństwo lekowe to jeden z priorytetów Prezydencji Polski w Radzie UE. W tym zakresie Polska podejmowała prace nad kompleksowymi rozwiązaniami krajowymi, a równolegle intensyfikowała współpracę na forum unijnym w celu wypracowania skutecznej wspólnotowej strategii. Polska Prezydencja poczyniła duże starania w tworzeniu optymalnych przepisów, pozwalających na wypracowanie rozwiązań, które mogą być korzystne zarówno dla pacjentów, jak i producentów. Podkreślając konieczność przeciwdziałania niedoborom produktów leczniczych, Polska dążyła do poprawy dostępu do leków dla wszystkich pacjentów w Unii Europejskiej, niezależnie od tego, w jakim Państwie członkowskim mieszkają.

Na tym tle należy wskazać dwa wzajemnie uzupełniające się wątki, kontynuowane do końca Prezydencji Polski, tj. rewizja unijnej legislacji farmaceutycznej oraz unijne dążenia do wypracowania Aktu o Lekach Krytycznych (Critical Medicines Act – CMA), którego założenia przyczynią się do zmniejszenia zależności UE od państw trzecich oraz do faktycznego wzmocnienia dostaw leków o krytycznym znaczeniu.

W odniesieniu do rewizji legislacji farmaceutycznej, osiągnięciem Polskiej Prezydencji jest wypracowanie tekstu kompromisowego przepisów Dyrektywy i Rozporządzenia oraz opublikowanie tekstu ww. projektu w dniu 2 czerwca 2025 r. Ponadto, w dniach 21 maja oraz

4 czerwca 2025 r. podczas COREPER I, Prezydencja przedstawiła teksty obu dokumentów jako kompromis, uwzględniający interesy i potrzeby pacjentów, systemów ochrony zdrowia, jak również przemysłu farmaceutycznego. COREPER udzielił mandatu do negocjacji w ramach trilogów, a pierwszy trilog z Parlamentem Europejskim i Komisją miał miejsce w dniu 17 czerwca 2025 r. w Strasburgu.

W zakresie Rozporządzenia Critical Medicines Act, Polskiej Prezydencji zależało na wypracowaniu przez Komisję Europejską mechanizmu finansowania, który byłby przeznaczony na wsparcie produkcji substancji czynnych niezbędnych do produkcji leków, w tym przede wszystkim na rozwój lub modernizację infrastruktury.

Zdając sobie sprawę z istotności tematu dotyczącego CMA, Polska Prezydencja zorganizowała w dniu 19 lutego 2025 r. w Brukseli konferencję wysokiego szczebla pt.: „Critical Medicines for Health Security – current challenges and the way forward”. Podczas wydarzenia poruszono m.in. kwestie dotyczące problemów z dostępem do leków krytycznych czy też wyzwań związanych z finansowaniem produkcji tychże leków w Europie. Przewidywany termin wejścia w życie ww. Rozporządzenia to 2026 r. W dniu 8 kwietnia 2025 r. Prezydencja Polski przedstawiła projekt na Grupie Roboczej (WPPMD) w Radzie UE. Od lipca 2025 r. Akt o Lekach Krytycznych jest tematem obrad Grupy WPPMD, a dalsze prace nad nim będzie prowadzić Prezydencja Danii.

W odniesieniu do wspomnianej w zapytaniu „*presji cenowej wywieranej na rodzime firmy farmaceutyczne*” należy zauważyć, że do głównych zadań Komisji Ekonomicznej negocjującej warunki cenowe dla leków refundowanych należy racjonalizacja wydatków płatnika publicznego. Zgodnie z treścią ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 907), dalej zwanej „ustawą o refundacji”, uwzględniając potrzebę równoważenia interesów świadczeniobiorców i przedsiębiorców zajmujących się wytwarzaniem lub obrotem lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobami medycznymi, jak również możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych oraz działalność naukowo-badawczą i inwestycyjną wnioskodawcy w zakresie związanym z ochroną zdrowia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej lub państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), negocjacje cenowe prowadzone są w oparciu o poniższe kryteria:

- 1) rekomendację Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o której mowa w art. 35 ust. 6 ustawy o refundacji, w szczególności wyników analizy stosunku kosztów do uzyskanych efektów zdrowotnych,
- 2) maksymalną i minimalną cenę zbytu netto, uzyskaną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie roku przed złożeniem wniosku, o którym mowa w art. 24 ust. 1

ustawy o refundacji, dla danej wielkości opakowania i dawki, będącej przedmiotem tego wniosku, jeżeli dotyczy,

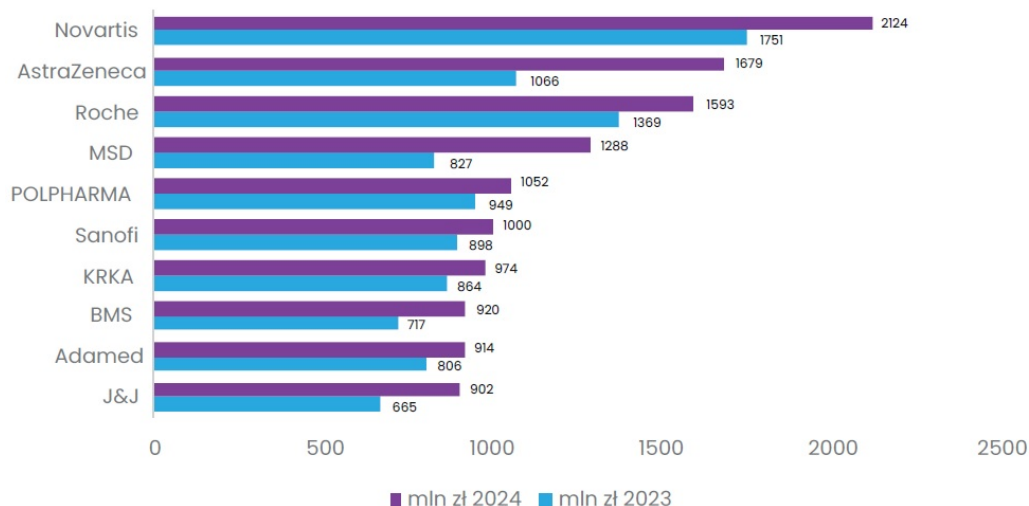
- 3) maksymalną i minimalną cenę zbytu netto, uzyskaną w poszczególnych państwach członkowskich Unii Europejskiej lub państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), w ramach finansowania ze środków publicznych tych państw, w okresie roku przed złożeniem wniosku, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy o refundacji, przeliczoną w złotych polskich po średnim kursie Narodowego Banku Polskiego z miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku; w przypadku gdy przedmiot wniosku nie jest finansowany ze środków publicznych w danych państwach członkowskich Unii Europejskiej lub państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), uwzględnia się odpowiednio ceny uzyskane na wolnym rynku,
- 4) informację o rabatach, upustach lub porozumieniach cenowych w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej lub państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA),
- 5) koszt terapii przy zastosowaniu wnioskowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego w porównaniu z innymi możliwymi do zastosowania w danym stanie klinicznym technologiami medycznymi, które mogą zostać zastąpione przez ten lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny,
- 6) wpływ na budżet podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
- 7) wysokość progu kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jego jakość, ustalonego w wysokości trzykrotności Produktu Krajowego Brutto na jednego mieszkańca, o którym mowa w art. 6 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto, a w przypadku braku możliwości wyznaczenia tego kosztu - koszt uzyskania dodatkowego roku życia.

Ostateczną decyzję o objęciu refundacją leku podejmuje minister właściwy do spraw zdrowia. Negatywna uchwała Komisji Ekonomicznej nie jest więc równoznaczna z wydaniem przez Ministra Zdrowia decyzji o odmowie objęcia refundacją. Należy zauważyć, iż pomimo tak określonych w ustawie o refundacji kryteriów, ceny poszczególnych produktów w obrębie tej samej grupy limitowej mogą znacząco się różnić. Z analizy cen produktów w przykładowych grupach limitowych często wynika, iż koszty leków rodzimych firm farmaceutycznych są jednymi z najwyższych lub najwyższymi w grupie limitowej. Powyższa sytuacja nie jest jednostkowa i jest dla całej branży farmaceutycznej, jak również firm analizujących rynek, bardzo dobrze znana, a wiedza w powyższej tematyce wymaga także

zbudowania świadomości u pozostałych interesariuszy systemu refundacyjnego w Polsce, będących jednocześnie jego beneficjentami, jak i podatnikami. Dla zobrazowania przykładu w grupie limitowej 2.0 Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie, podstawę limitu wyznacza lek Emanera (esomeprazol) o koszcie za 1 DDD (dobowa dawka leku) według ceny zbytu netto 0,302678 zł. W grupie tej znajduje się między innymi 46 leków zawierających pantoprazol, z czego koszt za 1 DDD najtańszego z nich wynosi 0,242143 zł, a najdroższego 0,575714 zł. Lekami o najwyższym koszcie za DDD w tej grupie limitowej są produkty krajowych producentów, tj. Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg, Omeprazol, 28 szt., GTIN: 05909990772667, koszt DDD=0,533929 zł (Zakłady Farmaceutyczne POLPHARMA S.A.) oraz Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg, Pantoprazolum, 28 szt., GTIN: 05909990621026, koszt DDD= 0,575714 zł (Adamed Pharma S.A.). Inny przykład stanowi grupa limitowa 178.2 Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne, w której znajduje się 128 leków o unikalnych kodach GTIN zawierających olanzapinę, z czego podstawę limitu wyznacza lek Egolanza o koszcie za 1 DDD 2,471429 zł. Najtańszym odpowiednikiem jest lek Olanzapine Bluefish o koszcie za 1 DDD 1,353571 zł, a najdroższym lek Zolaxa, którego koszt za 1 DDD wynosi niemal dwukrotnie więcej, czyli 2,70 zł. Ostatnich 48 pozycji (uszeregowanych wg wzrastającego kosztu za DDD) w tej grupie limitowej stanowią wyłącznie produkty krajowych producentów takich jak: Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne Lek-Am Sp. z o.o, Zakłady Farmaceutyczne POLPHARMA S.A., Adamed Pharma S.A. Nadmienić należy, że żaden z tych produktów nie jest wytwarzany z substancji czynnej wytwarzanej na terytorium RP, zaś część z nich jest wytwarzanych na terytorium RP.

Warto również podkreślić, że prawie 97% polskich leków znajduje się na wykazach darmowych leków dla seniorów, dzieci i młodzieży oraz kobiet w okresie ciąży i połogu, co znacząco zwiększa ich dostępność ekonomiczną i wiąże się również ze wzrostem sprzedaży. Przy braku ograniczeń finansowych pacjenci mogą chętniej decydować się na produkty oferowane przez krajowych producentów.

Biorąc pod uwagę wszystkie wydatki na refundację w 2024 r. łączna wartość obrotu lekami refundowanymi wyniosła 27,8 mld złotych i była o 19,4% wyższa niż w roku 2023, przy czym 10 największych koncernów wygenerowało obrót na poziomie 12,4 mld złotych (44,6% całkowitej wartości), co oznacza wzrost o 2,5 mld względem 2023 roku.



Ryc. Raport z działalności Komisji Ekonomicznej w 2024 r.

Wśród nich znalazły się również 2 polskie firmy farmaceutyczne – Polpharma (5 miejsce z obrotem 1 052 mln zł, co stanowi wzrost o 10,8% względem 2023 roku) oraz Adamed (8 miejsce z obrotem 914 mln zł, co stanowi wzrost o 13,4 % względem 2023 roku).

Mając powyższe na uwadze Minister Zdrowia nie może zgodzić się z twierdzeniem o nadmiernej presji cenowej nakładanej na krajowych producentów w trakcie procesu negocjacji oraz nie identyfikuje zjawiska pogarszającej się kondycji finansowej spowodowanej obecnością na liście leków refundowanych.

Natomiast odnosząc się do Krajowego Planu Odbudowy (KPO) należy wskazać, że kwestia wydatkowania środków z realizacji projektu dotyczącego rozwoju sektora leków, prowadzonego w ramach KPO, nie leży w zakresie właściwości Ministra Zdrowia. Organem realizującym przedmiotowy projekt jest Ministerstwo Rozwoju i Technologii.

Reasumując, Minister Zdrowia stawia sobie za cel wypracowanie mechanizmu, który napędzi branżę farmaceutyczną do dalszego rozwoju oraz poprawi konkurencyjność krajowych leków, a tym samym spowoduje wzrost udziału krajowych produktów leczniczych na rynku, co wzmocni bezpieczeństwo lekowe Polski.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Marek Kos
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/