



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (39.)
w dniu 28 marca 2017 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Ministra Zdrowia na temat systemu opieki reumatologicznej w Polsce.

(Początek posiedzenia o godzinie 14 minut 21)

(Posiedzeniu przewodniczący przewodniczący Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu.

Rozpoczynamy trzydzieste dziewiąte posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Mamy do rozpatrzenia jeden punkt: informacja Ministra Zdrowia na temat systemu opieki reumatologicznej w Polsce.

Nie ukrywam, że takie posiedzenie powinno odbyć się zdecydowanie wcześniej, ale tak się jakoś składało, że niestety nie znajdowaliśmy czasu. Bijemy się w piersi. Myślę, że dzisiaj to nadrobimy.

Jest z nami senator Mamątow, który jest jakby ojcem chrzestnym tego posiedzenia komisji. Cieszymy się, że pan senator jest tu z nami.

Witam przewodniczącego, pana Marka Martynowskiego. Witam pana prof. Marka Brzoskę, konsultanta krajowego, i panią Monikę Zientek z Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej – pani prezes też bardzo aktywnie działała na rzecz tego, żeby to posiedzenie się odbyło. Jest z nami pani Ewa Stanisławska-Biernat z Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji. Widzę, że jest też przedstawiciel Urzędu Miasta Ostrołęki. Myślę, że jest tu razem z panem senatorem Mamątowem.

Proszę państwa, temat posiedzenia komisji jest ważki. Myślę, że tematy opieki reumatologicznej w Polsce będą tutaj w odpowiedni sposób nagłośnione i wyartykułowane.

Poprosiłbym na początek panią minister albo ewentualnie którąś z pań dyrektor biur w ministerstwie o przedstawienie informacji ministra na temat opieki reumatologicznej w Polsce.

Proszę, Pani Minister.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala:

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo Senatorowie!

Chciałabym na początku przeprosić, ponieważ jeśli chodzi o zakres merytoryczny, to niestety nie jest to dziedzina, którą się zajmuję. Wiceminister odpowiedzialny za kwestie reumatologii nie mógł być tu dzisiaj obecny. Postaram się go godnie zastąpić, jednak wołałabym nie wypowiadać się

dzisiaj w zakresie jakichś konkretnych rozwiązań. Jeżeli jest taka potrzeba, mogę zaprosić przedstawicieli pacjentów do Ministerstwa Zdrowia na spotkanie z osobami, które zajmują się tymi kwestiami merytorycznymi. Mogę powiedzieć, że jesteśmy gotowi i otwarci. Jeszcze raz przepraszam w imieniu ministra nadzorującego tę dziedzinę. Pokrótkę postaram się przedstawić podstawowe kwestie. W zakresie reumatologii nastąpiła jedna zmiana. Postaram się omówić, czego ona dotyczy.

Przede wszystkim opieka reumatologiczna w Polsce oparta jest na realizacji świadczeń gwarantowanych, które mieszczą się w zakresie opieki zarówno ambulatoryjnej, jak i szpitalnej. Pragnę tutaj zaznaczyć, że trwają prace nad wyceną poszczególnych procedur, w tym procedur, które dotyczą opieki reumatologicznej. Istotną kwestią jest tutaj realizowana przez Ministerstwo Zdrowia polityka lekowa, w tym przede wszystkim dostępność do nowych technologii lekowych. Należy zauważyć, iż obecnie działają 4 programy lekowe. Trzy z nich dotyczą przede wszystkim leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym, leczenia łuszczykowego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym oraz leczenia inhibitorami TNF alfa świadczeniobiorców z ciężką, aktywną postacią zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa. Od 1 stycznia 2017 r. realizujemy czwarty, nowy program lekowy, którego celem jest dostosowanie pewnych kwestii względem poprzednich programów lekowych. Zmiany mają charakter porządkujący i organizacyjny. Wspomniany program to leczenie certolizumabem pegol pacjentów z ciężką aktywną postacią spondyloartropatii osiowej bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK. Jeżeli chodzi o szczegóły, gdyby były pytania, to poproszę o wypowiedź panią z departamentu polityki lekowej.

Istotną kwestią w zakresie opieki reumatologicznej jest kwestia kadry, czyli personelu medycznego, który zajmuje się tą dziedziną. Mogę powiedzieć, że w 2017 r. reumatologia znalazła się na liście tzw. dziedzin priorytetowych. W postępowaniu marcowym limit na przyjęcia na specjalizację z zakresu reumatologii został wyczerpany, zaspokojono 100% zapotrzebowania. W związku z tym w kolejnych naborach, zdając sobie sprawę z niedoborów kadr w tym zakresie, będziemy prawdopodobnie zwiększać limity na tę specjalizację. To tak pokrótce. Państwo z odpowiednich departamentów merytorycznych są gotowi do odpowiedzi na pytania. I, tak jak powiedziałam na początku, jesteśmy gotowi na spotkanie w Ministerstwie Zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Minister.

Czy pani dyrektor chciałaby coś uzupełnić?

(*Głos z sali:* Nie.)

Nie. Dziękuję bardzo.

To jest stanowisko ministerstwa. My zawsze spoglądamy na sprawy nieco inaczej, więc poprosiłbym w tej chwili pana profesora, konsultanta krajowego, o przedstawienie swojego spojrzenia na problemy reumatologii w Polsce.

Proszę, Panie Profesorze.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Reumatologii Marek Brzoso:

Przede wszystkim dostępność do opieki ambulatoryjnej jest bardzo słaba, a kosztowość nie jest dobrze obliczona, tzn. wykonywanie badań nigdy nie pokrywa się w ramach wizyty. W tej chwili jesteśmy na szczęście po pierwszym spotkaniu w AOTM i mamy nadzieję, że sytuacja się troszeczkę zmieni, oczywiście w ramach możliwości państwa.

Nie mamy dostępu do poradni. Wynika to z wielu faktów. Po pierwsze, nie jest to dyscyplina popularna wśród lekarzy. Zarobki reumatologów nie należą do zarobkowych elit. Po drugie, reumatolodzy pracują głównie w dużych miastach. Lekarze nie chcą przyjmować w małych miejscowościach.

W zeszłym roku wystąpiłem do NFZ z inicjatywą, żeby lekarze mogli pracować nie trzy razy w tygodniu po południu, w tym raz koniecznie od rana, ale dwa razy i niekoniecznie od rana. Zarządzenie w tej kwestii zostało zmienione, ale w moim województwie, przyznam się, nie przyniosło to efektu. Młodzi lekarze specjaliści nie chcą tam iść.

Drugim problemem jest wiek. Tak jak w przypadku wielu innych dyscyplin mniej więcej 25% lekarzy, w niektórych województwach maksymalnie 35%, jest poniżej 50 roku życia. I tu jest pewne zagrożenie na przyszłość. Na szczęście jest tak, że każdego roku około 60... Proszę mnie nie trzymać za słowo, jeśli chodzi o liczby. W tym roku w sesji wiosennej 26 osób zdało egzamin. Rocznie przybywa około 60 nowych specjalistów.

Jest bardzo dużo specjalistów w województwach. Jakbyśmy się przyjrżeli... W mazowieckim jest 270, a w zachodniopomorskim, z którego ja pochodzę, jest 44. I posłużę się tutaj tym województwem jako przykładem. Ja już napisałem do ministerstwa... Było postawione takie pytanie: jak powinni być rozlokowani reumatolodzy? No, w moim odczuciu... W różnych krajach jest różnie. Ja to sprawdziłem. Biorąc pod uwagę możliwość dojazdu pacjentów, biorąc pod uwagę populację, stwierdzam, że powinien być mniej więcej jeden reumatolog na powiat, czyli na 35–40 tysięcy ludzi. I teraz posłużę się przykładem województwa zachodniopomorskiego. Powiem państwu tak: skoro w zachodniopomorskim jest 44 lekarzy to potrzebna nam już tylko – zaznaczam: tylko i aż – 15 reumatologów. Jest dużo wolnych miejsc akredytacyjnych na

specjalizacjach. W tej sesji, mimo że, tak jak powiedziała pani minister, były wolne miejsca, tylko dwoje chętnych zgłosiło się na reumatologię. W zeszłej, jesiennej sesji chętny był tylko jeden i miejsca nie zostały wykorzystane. To stanowi pewien problem na przyszłość. Kiedy my, starzy umrzemy, będzie niedobór reumatologów. Tak jest w wielu województwach.

Niestety w niektórych województwach jest nadmiar reumatologów. W województwie mazowieckim jest 270. Na pewno tylu ich tu nie potrzeba. Na Dolnym Śląsku jest 110, a w Małopolsce, według różnych obliczeń – to też zależy, jak do tego podejmiemy – około 130. Czyli są województwa, gdzie specjalistów jest bardzo dużo. Bardzo słabo jest na Podkarpaciu, aczkolwiek tamtejszy konsultant wojewódzki uważa, że nie jest najgorzej, jeśli chodzi o dostępność.

Teraz podam państwu przykład, który niejako powstał z map drogowych. Wykazano, że w klinikach reumatologii mamy pacjentów, których drogo diagnozujemy, a którzy nie są później leczeni w naszych poradniach. W niektórych poradniach, jak już powiedziałem, czas oczekiwania wynosi 2 lata. To się mija z celem. Wydajemy kilkanaście tysięcy złotych, a później pacjent szuka reumatologa. W zachodniopomorskim czas oczekiwania... Wypuściłem, że tak powiem, trochę reumatologów i wydawało się, że oni przejmą od nas pacjentów, ale oni mówią, że okres oczekiwania zaczyna u nich wynosić 6–8 miesięcy. W wielu wypadkach to jest za dużo.

Czy możemy liczyć na lekarzy rodzinnych? Chętnie byśmy na nich liczyli, ale oni nie mają w pakiecie badań, które służą rozpoznaniu chorób reumatologicznych, w związku z tym muszą wysłać do nas pacjentów np. z podejrzeniem tocznia. Jeżeli chory pójdzie do poradni z podejrzeniem tocznia i długo czeka na wizytę, a rzeczywiście ma tego tocznia, to jest to bardzo niekorzystne, a jak go nie ma... Diagnostyka wykonywana np. w przyszpitalnej przychodni jest bardzo obciążająca. Rozpoznania nie ma, pacjent wraca do domu. To jest jedna sprawa.

Druga sprawa to świadczenia szpitalne. Miałem dzisiaj okazję wysłuchać informacji o sieci szpitali. Trzeba pamiętać, że chyba w 2014 r. zmieniono zasady rozliczania w reumatologii. Od tego czasu oddziały reumatologiczne mają duże kłopoty. Proszę sobie wyobrazić, że nauczyliśmy się szybko diagnozować pacjentów, w związku z tym w przypadku chorego z reumatoidalnym czy zeszytniającym zapaleniem stawów moglibyśmy mieć rozpoznanie w ciągu 3 dni. Teraz chorego z reumatoidalnym zapaleniem stawów musimy trzymać w szpitalu 4 noce, czyli 5 dni, chociaż rozpoznanie mamy po 2 dniach, bo inaczej pobyt tego pacjenta u nas nie będzie rozliczony. To jest rozliczenie na poziomie 68 punktów, to się kalkuluje. Ale pacjent niepotrzebnie blokuje łóżko, bo już byśmy obrobili w ten sam sposób następnego pacjenta. To spowodowało pewne kłopoty. W AOTM, gdzie byliśmy z kolegami, jest pewne zrozumienie dla tej sytuacji, więc mamy nadzieję, że ona się poprawi. Wielu pacjentów reumatologicznych nie potrzebuje szpitala. Są takie jednostki jak toczень rumieniowaty układowy czy powikłane reumatoidalne zapalenia stawów, które wymagają leczenia szpitalnego.

Kolejna sprawa. Programów w reumatologii jest troszeczkę więcej. Jest jeszcze program dotyczący ziarniakowości z zapaleniem naczyń leczonej rituximabem. To jest bardzo dobra i bardzo ciekawa inicjatywa. Rozszerza ona możliwości leczenia. Mamy też programy w tzw. reumatologii stawowej. Proszę zwrócić uwagę, że chodzi tu o agresywne postaci choroby.

Programy reumatologiczne, które zostały zmienione z dniem 1 marca, niejako zbliżyły nas do tego, co dzieje się w Europie. Zostało agresywne... Pewne wskaźniki muszą być wysokie, żeby chory otrzymał leczenie. Leczenie zostało ujednoczone. Ja już nie mówię o szczegółach technicznych. Sprawy techniczne zostały tak załatwione, żeby wszystkie programy były jednakowe, żeby nie było żadnych problemów ze zrozumieniem ich przez lekarzy. Została wprowadzona obowiązkowa przerwa w leczeniu, a dla bardzo, że tak powiem, aktywnych zostało wprowadzone to, co jest w Europie – wieloletnie, długie leczenie chorych ma być bezstresowe dla pacjenta; pacjent nie będzie musiał się denerwować. Ja tu nie będę tłumaczył szczegółów i mówił, którzy to pacjenci. Ci, którzy będą mieli szybkie nawroty, dostaną leczenie i nie będą musieli się denerwować, że wypadną z leczenia po 18 miesiącach. Oni dostaną je na długo. Pozostali pacjenci w momencie zaostżenia z powrotem wchodzi w cykl 18-miesięczny.

Czy różnimy się od Europy? Niestety troszeczkę musimy się różnić, bo nie mamy takich finansów. W związku z tym nie wszyscy pacjenci mogą być leczeni. Ale wprowadziliśmy zapis, że w poszczególnych sytuacjach zespół koordynacyjny do spraw leczenia biologicznego może na wniosek lekarza ominąć pewne rzeczy, jeżeli jest zagrożenie życia czy też zagrożenie funkcjonowania jakiegoś narządu. To jest niezmiernie korzystne dla pacjenta. Przedtem zespół koordynacyjny nie miał takich możliwości.

Kolejna sprawa. Należałoby pomyśleć nie tylko o szkoleniu reumatologów i, że tak powiem, zachętach do reumatologii... To, że została ona wpisana na listę deficytową, to bardzo dobrze. Ta dyscyplina troszeczkę różni się od innych. Do reumatologów przychodzi więcej kobiet niż mężczyzn...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Słucham?

(Głos z sali: Choruje więcej.)

Tak, tak. I to jest ten problem.

Teraz następna sprawa. Muszę powiedzieć, że na przestrzeni 30 lat dokonał się bardzo istotny postęp w reumatologii. Kobiety z toczniem rodzą, zakładają rodziny, prowadzą normalne życie. Chorzy z RZS czy ZZSK, który mieli to szczęście w nieszczęściu, że zachorowali w ostatnich latach, mają naprawdę dobre perspektywy, pod warunkiem że będziemy rozwijać programy biologiczne. W miarę przybywania odsetka z PKB na programy biologiczne... Gdyby więcej chorych mogło być leczonych lekami biologicznymi, byłoby dobrze. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Profesorze.

To był drugi głos. Teraz może głos ze strony pacjentów. Proszę, Pani Prezes.

Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej Monika Zientek:

Dzień dobry.

Monika Zientek. Ja jestem przedstawicielem stowarzyszenia osób młodych z chorobami reumatycznymi.

Chciałabym zacząć swoje wystąpienie od podziękowania za spotkanie. Jest to dla nas historyczne wydarzenie. Do tej pory nie było żadnego posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia poświęconego reumatologii. Jeśli chodzi o Senat, było jedno takie posiedzenie w 2009 r. A więc tak naprawdę drugi raz rozmawiamy o reumatologii. Dziękujemy za otwarcie i życzliwość, które obserwujemy właściwie od początku współpracy. Dla nas jest to wydarzenie historyczne, bo możemy porozmawiać tu o reumatologii. Jest nam trochę przykro, że brakuje przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, ponieważ jako organizacja oczekiwaliśmy bardziej szczegółowej informacji. Oczekiwaliśmy tego, że poznamy perspektywy Ministerstwa Zdrowia i będziemy mogli się do nich merytorycznie odnieść. Brakuje nam takiej informacji z Ministerstwa Zdrowia.

Zauważamy, że Ministerstwo Zdrowia prowadzi politykę nieinformowania organizacji pacjentów o podejmowanych decyzjach, które dotyczą reumatologii i pacjentów reumatologicznych. Składane przez stowarzyszenie wnioski z prośbą o wyznaczenie spotkania pozostają bez odpowiedzi, co z kolei świadczy o tym, że Ministerstwo Zdrowia narusza naczelną zasadę konstytucyjną, czyli zasadę dotyczącą społeczeństwa obywatelskiego oraz zasadę solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych określone w art. 12 i 20 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Nasze pisma zalegają w Ministerstwie Zdrowia od końca 2015 r. Ostatnie pismo, które składaliśmy, jest z 17 marca 2015 r. Jest w nim prośba o wyznaczenie daty spotkania. Jest nam przykro, że drogami senackimi, parlamentarnymi musimy szukać dojścia do przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Może będzie to droga skuteczna. Dzisiaj padła tu deklaracja dotycząca spotkania. Ja takich deklaracji odnośnie do wyznaczania daty spotkania usłyszałam naprawdę wiele. Ostatnio słyszałam, że jest już przygotowane pismo z odpowiedzią. Nie ma go. Jest mi z tego powodu... Dziękuję za życzliwość i zaznaczam, że widzę tu pewien kontrast.

Nie będę się odnosić do kwestii programów lekowych i liczby lekarzy. Zostawiam to osobom, które mi towarzyszą. Ja osobiście miałabym takie pytania.

Kiedy prośby stowarzyszenia o wyznaczenie daty spotkania zostaną uwzględnione? Kiedy data spotkania zostanie wyznaczona?

Kiedy Ministerstwo Zdrowia planuje rozpocząć informowanie organizacji pacjentów o podejmowanych decyzjach w sprawach dotyczących reumatologii i pacjentów reumatologicznych? Do tej pory taki dialog się nie rozpoczął.

Jakie Ministerstwo Zdrowia ma plany względem reumatologii i czy w planowaniu będzie brany pod uwagę głos organizacji pacjenckich?

Jak Ministerstwo Zdrowia zamierza rozwiązać problem zmniejszającej się liczby lekarzy reumatologów?

Czy zdaniem ministerstwa obecna liczba reumatologów dziecięcych – o nich się w ogóle nie mówi – jest wystarczająca i czy zapewnia bezpieczeństwo leczenia chorujących i leczących się dzieci?

Kiedy leki podawane podskórnie znajdują się w kategorii dostępności refundacyjnej „lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny dostępny w aptece na receptę”?

Mam 6 pytań i chciałabym w najbliższym czasie móc porozmawiać na ten temat. To na razie tyle z mojej strony. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo, Pani Prezes.

Ja myślę, że Senat jest dobrym miejscem, w którym możemy o tym porozmawiać. Doświadczenie uczy nas, że zawsze te sprawy są potem kontrolowane w mniejszym gronie w ministerstwie. Myślę, że pani minister przekaze panu ministrowi Tombarckiewiczowi, że jest taka wola, żebyście się państwo spotkali.

Czy na któreś z pytań możecie państwo teraz odpowiedzieć? Czy raczej odpowiecie na piśmie?

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala: Wolalabym jednak, żeby odpowiedzi padły na spotkaniu z właściwym ministrem.)

A termin spotkania jest ustalony czy nie?

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala: Nie, ale myślę, że... Postaram się, sama dopilnuję, żeby takie spotkanie zostało zorganizowane.)

Gdyby pani prezes mnie poinformowała, czy taki termin jest...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Będziemy wtedy pana ministra do tego motywować.

Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos na ten temat? Proszę o przedstawienie się.

Sekretarz Miasta w Urzędzie Miasta Ostrołęka Mariusz Prusaczyk:

Mariusz Prusaczyk. Jestem sekretarzem miasta Ostrołęki. Współpracuję ze stowarzyszeniem „3majmy się razem”. Jestem ojcem dziecka chorego na młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów i cukrzycę typu 1.

Proszę państwa, moja obecność tutaj wynika z doświadczenia ojca chorego dziecka, a także ze spotkań z rodzicami dzieci chorych, które często odbywają się w przychodni na ul. Spartańskiej w instytucie reumatologii w Warszawie bądź pod okienkiem rejestracji.

Jaki mamy problem? Szanowni Państwo, problemem jest dramatyczna dostępność do poradni specjalistycznej i reumatologicznej dla dzieci. Ja leczę dziecko u wielu specjalistów, dlatego mam porównanie, jak wygląda opieka, choćby diabetologiczna, za którą mogę tylko podziękować, za jej jakość i sprawność, za dostępność... W przypadku poradni reumatologicznej, mimo fantastycznych lekarzy i ich zaangażowania, mamy ogromny problem z dostępno-

ścią. Pierwszy wolny termin w Warszawie jest na wrzesień 2019 r. W sytuacji, kiedy dzieci rosną, niezdiagnozowane zmiany prowadzą do trwałego kalectwa. Jest to rzeczywiście ogromny problem.

Chcę państwu uświadomić, że w Polsce mamy tylko 69 lekarzy specjalistów reumatologów pediatrów i tylko 24 poradnie reumatologiczne, według moich danych. W całym województwie mazowieckim są 2 takie poradnie. Są województwa, gdzie nie ma ich wcale. Kontaktuję się ze mną jako z samorządowcem, który zaangażował się w tę sprawę, rodzice, którzy proszą o pomoc, o informacje o dostępności, o szukanie kontaktu. Ostatnio dzwoniła rodzina z Ełku. Udało mi się skierować ich do Krakowa, bo tam był pierwszy wolny termin i możliwe było w miarę szybkie przyjęcie.

Chcę też państwu uświadomić – mówię z perspektywy rodzica – że to są czasami kwestie dramatycznej walki, bo choroby stawowe czy zapalne tkanki łącznej mogą prowadzić np. do utraty wzroku u dzieci. Pomijam już fakt dramatycznego ograniczenia ruchowego. I mamy taką ogromną prośbę – przebijamy się przez jakby kolejny szczebel, bo tych próśb było już wiele – o to, by Ministerstwo Zdrowia zauważyło ten dramatyczny brak. Nie wiem, na czym polega problem systemowy, bo zajmuję się administracją samorządową, ale uważam, że już na poziomie ministerstwa należy doprowadzić do tego, żeby specjalistów pediatrów było więcej.

Chciałbym też zwrócić uwagę na szczególną rolę Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie, gdzie leczeni są pacjenci z całej Polski, często kierowani tam z bardzo odległych zakątków, i na dramatyczną sytuację oddziału wieku rozwojowego, gdzie jest w tej chwili tylko 7,5 etatu dla lekarzy. Jeszcze niedawno było tam 12 lekarzy. Ja przeczytałem coś państwu z prasy. Był taki moment, w którym lekarze nie wytrzymali tej sytuacji i w ramach protestu złożyli wypowiedzenia. To był rok 2015. „Jest nas za mało, by dłużej przyjmować w przychodni, izbie przyjęć i zajmować się 40 pacjentami na oddziale. Tyle jest łóżek, ale zwykle chorych jest więcej. Jesteśmy bezsilni”.

Chciałbym państwu powiedzieć o tej bezsilności. Ja nie znam rozwiązania. Chcę tylko prosić o to, żeby pochylić się nad tym problemem. Jako rodzic spotykający się z rodzicami, którzy bezradnie odchodzą od okienka rejestracji, chcę powiedzieć o tej sytuacji. Jeżeli słyszy się wyrok, jeżeli słyszy się słowa „ma pani możliwość przyjścia w 2019 r.”... No, tu właściwie nie ma dokąd pójść. Powiem państwu, że nie ma dokąd pójść, bo w całym województwie mazowieckim jest jeszcze jedna przychodnia. Zostaje jeszcze gabinet prywatny, gdzie terminy też są bardzo odległe. I jest to sytuacja niestety nie tylko warszawska. Wczoraj dowiedziałem się o tym, że została zlikwidowana poradnia w Poznaniu, jedna z dwóch. Tysiąc pacjentów, tysiąc małych dzieci zostało bez opieki, ponieważ pani dyrektor tamtejszego szpitala zlikwidowała poradnię. Tendencja jest niestety mocno spadkowa. Przepraszam za moje emocje. Przepraszam za poruszenie, za być może nieskładną wypowiedź, ale ten dramat trwa i ciągle się pogłębia. Ja go obserwuję z perspektywy kilku lat i niestety nie widzę światła. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Jest to na pewno bardzo ważny głos, bo pan jest rodzicem. Powinniśmy się nad tym pochylać. Wiem, że pan profesor chciałby się troszkę do tego ustosunkować.

Proszę bardzo.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Reumatologii Marek Brzsko:

Oczywiście racja jest tutaj po pana stronie. Jeżeli chodzi o instytut, to powiem, że rozmawiałem z dyrektorem i on zgodził się na zatrudnienie nowych lekarzy, ale nie znaczy to, że będą to reumatolodzy. Problem specjalizacji z reumatologii dziecięcej został trochę skomplikowany. Mianowicie, jak zmieniano ustawę o specjalizacjach, reumatolodzy dziecięcy... Nie będę nikogo oskarżał ani dochodził, jak to się stało, ale stało się tak, że nie została wtedy wyodrębniona reumatologia dziecięca. Specjalizowanie się z reumatologii dziecięcej wygląda obecnie następująco: 3 lata z zakresu chorób wewnętrznych i 2 lata tzw. reumatologii na oddziale reumatologicznym, przy czym na ścisłą reumatologię dziecięcą czy dorosłych jest tylko 59 tygodni. Tyle dla wyjaśnienia. Nawet jak ktoś się zatrudni, to nie tak łatwo będzie zdobyć tę specjalizację, bo ktoś, kto chce być pediatrą reumatologiem, musi najpierw zrobić 3 lata interny, a później reumatologię.

Nie we wszystkich województwach jest tak źle, jak pan mówi. W niektórych województwach... W Małopolsce i w zachodniopomorskim jest całkiem dobrze. Niestety w niektórych województwach jest trudna sytuacja. Trzeba też powiedzieć, że dziecko z reumatoidalnym... z pewnym typem... Już nie wnikajmy w typ. Ono musi być obserwowane okulistycznie. Musi mieć wizyty u reumatologa i musi być badane okulistycznie, ponieważ może oślepnąć. Tu nie ma zapowiedzi, że coś się dzieje w błonie naczyniowej. Ono może nagle oślepnąć i już nie odzyskać wzroku. To jest pierwszy problem.

Drugim problemem jest to, że trzeba pilnować wzrostu chorych dzieci. Wizyty muszą być regularne, bo można coś przeoczyć. Jak państwo wiecie, im zostaje, że tak powiem, około 1 m 50 cm wzrostu i mają wyraźnie małe rączki.

Kolejna sprawa to sprawa ich edukacji. Jak dzieci chorują, to nieprawidłowo się rozwijają i jest z tym duży problem. Ktoś, kto zamknął poradnię z tysiącem pacjentów... Jestem trochę zdziwiony. Złożyłem wniosek w departamencie szkolnictwa wyższego, żeby w sprawie tworzenia i likwidowania jednostek konsultanci mieli coś do powiedzenia. Obecnie konsultanci wojewódzcy nie mają w tym względzie nic do powiedzenia. Nie mogą nawet zareagować, kiedy tworzy się oddział albo przychodnię w jakimś miejscu, niekoniecznie dobrze uzbrojoną.

Rozmawiam z pediatrami reumatologami i oni twierdzą, że w wielu miejscach są w stanie załatwić wszystko. Ja to jeszcze z nimi wyjaśnię na następnym spotkaniu. Pan to już raz poruszał, ja byłem na tym spotkaniu, ale przyznając się szczerze, że zapomniałem to wyjaśnić. Ja to z nimi wyjaśnię. Oni uważają, że w wielu miejscach zabezpieczają

potrzeby. Być może rzeczywiście lokalizacja poradni nie jest odpowiednia. Trudno jeździć z Ełku do Krakowa na systematyczne wizyty. W Lublinie jest dobra poradnia reumatologiczna, jest tam wielu reumatologów dziecięcych. Nie wiem, czy pan sprawdzał w Lublinie. Ja nie wiem, jaka tam jest sytuacja.

Wracam do tematu poradni generalnie. Czas oczekiwania jest niestety długi i trudno będzie to zmienić. Po pierwsze, nie ma reumatologów, którzy by chcieli tam pracować. I to jest też mankament związany z tym, czy ministerstwo chce coś zrobić. Ministerstwo chce, zwiększa liczbę specjalizujących, ale oni się nie zgłaszają.

(Brak nagrania)

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Reumatologii Marek Brzsko:

...reumatologów.

Po drugie, w niektórych województwach... Ja nie będę zdradzał w których. Mam informacje od konsultantów, że szkoli się lekarzy, a lekarze idą do prywatnych firm, takich jak Luxmed, tych, które pracują na zupełnie prywatnych zasadach, czyli nie podpisują kontraktów z NFZ. I tu jest dosyć duży ubytek. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Profesorze.
Pani senator Czudowska. Proszę.

Senator Dorota Czudowska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Przykro słuchać tego, co mówiła pani jako przedstawicielka pacjentów i co mówił pan sekretarz jako ojciec. Problem jest większy, innej natury i dotyczy nie tylko tej specjalizacji. My w Senacie mamy trudną rolę, ale staramy się ją spełniać w ramach możliwości. Wysłuchujemy tu różnych grup, przedstawicieli osób z różnymi chorobami przewlekłymi. Nie jest tak, że nasz rząd nic nie robi i nie widzi potrzeb. Chciałabym powiedzieć, że w przypadku wszystkich specjalizacji mamy niedobór specjalistów i średnią wieku, która nas, lekarzy przeraża. Bo my pracujemy nie tylko dla pieniędzy. Już od wielu lat moglibyśmy korzystać z praw emerytalnych, ale pracujemy, bo mało nas, mało nas do pieczenia chleba. Chciałabym przypomnieć, że od ubiegłego roku nasz rząd zwiększył o 20% przyjęcia studentów na akademie medyczne.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę?

(Głos z sali: W tym roku to weszło.)

Będzie to robione sukcesywnie. Możemy się też spodziewać, że wśród tych 20% studentów więcej na pewno znajdą się chętni, którzy będą podejmowali rzadkie, trudne specjalizacje, niedające takich profitów, o jakich wspomnieli pan profesor. Bo dzisiaj najlepiej jest szybko nauczyć się wykonywania badań USG albo czegoś innego. Nie ma się co wgryzać w trudne problemy i żyć z tymi problemami i z pacjentami. My mamy nadzieję, że za... To wymaga

czasu, bo przez całe lata te sprawy były zaniedbywane. Zanim pierwsze 20% lekarzy z tego roku... Minie 11 lat zanim oni zdobędą jakąkolwiek specjalizację. I daj Boże, żeby wybrali akurat specjalizację z reumatologii. Czekają ich 6 lat studiów plus 5 lat kształcenia. To takie minimum. Ale robimy coś w tym kierunku i jest nadzieja.

Ze sprawą sieci szpitali, którą omawialiśmy na poprzednim posiedzeniu, też wiążemy duże nadzieje. Takie rozwiązanie pozwoli na nierozpraszczenie naszych sił, o czym też mówił przed chwilą pan profesor. Są szpitale, które mają jedno albo kilka łóżek i mają pieniądze. Jak się takie 3 małe szpitale zbiorą, to mają tyle pieniędzy co duży szpital. My musimy koncentrować nasze małe środki, przede wszystkim kadrowe.

Mam pytanie do pana profesora, jeśli chodzi o reumatologię. Ten kierunek z agencją...

(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Reumatologii Marek Brzosko: AOTM.)

Tak. Myślę, że on jest bardzo dobry. Czy pan profesor widzi tutaj możliwość odblokowania kolejek? Chodzi nie tylko o lepszy dostęp do lekarzy, ale też do procedur diagnostycznych. To może nie dotyczy screeningu, bo nie jest to problem populacyjny. Chodzi o to, żeby szybko wiedzieć, kto jest chory, a kto jest zdrowy. Czy tu nie można wykorzystać jakichś rezerw, żeby pomóc pacjentom i lekarzom?

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Reumatologii Marek Brzosko:

Powiem teraz coś niepopularnego. Dobrze mi się współpracuje z Ministerstwem Zdrowia. Z przynajmniej 3 departamentami ta współpraca układa się bardzo dobrze i trzeba to chwalić.

Zmiana programów lekowych, wyjście w tym zakresie do Europy to jest zasługa departamentu i pana ministra Tombarkiewicza. Jestem w trakcie rozmów o specjalizacji z departamentem szkolnictwa wyższego. W AOTM jest otwartość. Ale proszę zrozumieć, że wystarczyłoby tylko zlikwidować pewne proste paradoksy, takie jak konieczność hospitalizacji przez 8 dni. Ktoś ma toczeń rumieniowaty i my musimy hospitalizować go przez 8 dni. Do tego musimy jeszcze wykonać określone procedury. Proszę państwa, z tych procedur możemy wykonać tylko jedną, i to nie co roku lub co 2 lata, tylko co jakiś czas. W związku z tym musimy dołożyć kolejne hospitalizacje. Przedstawialiśmy w AOTM przykłady takich hospitalizacji: wyliczone przez nas koszty hospitalizacji w ciągu paru miesięcy, czyli koszty osobodni, jedzenia, leków i diagnostyki, wynosiły 24 tysiące, a z Narodowego Funduszu Zdrowia dostawialiśmy tylko 10 tysięcy. Zwróciliśmy uwagę na te paradoksy – ważne jest nie 8 dni, tylko wykonana procedura. I my o tym mówimy. Wykonaliśmy procedurę, wykonaliśmy zadanie, więc możemy wypisać chorego. Proszę zobaczyć...

Podam państwu przykład swojego oddziału. Myśmy przyjmowali w swoim czasie... Powiem o danych historycznych. Kiedy pracowałem w szpitalu jeszcze przed 1989 r., było 14 asystentów i przyjmowaliśmy 700 chorych. Uważaliśmy, że jesteśmy już tak zmęczeni, że to po prostu przesada. Później nastąpiły nowe czasy.

Przyjmowaliśmy 1 tysiąc 200 chorych. Dzisiaj jest 11 asystentów i przyjmujemy w szpitalu 2 tysiące 200 ludzi. I dajemy radę. Przyjęlibyśmy więcej, ale wycena... Nie chodzi już o wycenę punktową, ale o zmianę, o płacenie za procedurę. Taki był pomysł ministra Radziwiła, żeby było budżetowanie... Bo system JGP dotyczący liczby dni hospitalizacji jest niedobry.

Dla przypomnienia powiem, że w latach osiemdziesiątych interna trzymała chorego po zapaleniu woreczka żółciowego 3 tygodnie, potem przekazywała go na chirurgię, gdzie go operowano i gdzie był 3 tygodnie. I razem wychodziło 6 tygodni. Dzisiaj po laparoskopii chory błyskawicznie idzie do domu. My też byśmy chcieli mieć takie możliwości w reumatologii. Zdiagnozujemy chorego, zobaczymy, czy... Tak samo w przypadku dzieci. Zrobmy wszystko szybko, to będziemy mogli szybciej zdiagnozować. Proszę zwrócić uwagę na fakt, że ja nie mówię tu o większych pieniądzach, tylko o procedurze. Zapłaćmy za wykonane przez nas procedury. Nie trzymajmy chorego 8 dni, nie trzymajmy 5 dni, tylko 2 dni, jeżeli potrafimy. A jak ktoś nie potrafi, to niech trzyma 3 dni. My damy radę. My nie chcemy... Proszę zwrócić uwagę, że nie mówię o większych pieniążkach, tylko o tym, żebyśmy mogli to wszystko normalnie robić. Wtedy dzieci też będą... U dzieci jest większy problem. Jak się porozmawia z reumatologami dziecięcymi... To jest jeszcze dziecko, ono wymaga innej opieki, innej rozmowy. Wczoraj w moim gabinecie był 12-letni chłopiec, który był bardzo dobrym piłkarzem, ale zachorował na reumatoidalne zapalenie stawów. I teraz ktoś musi mu powiedzieć, że z tym graniem nie będzie już dobrze. No, ja jestem dorosły, ja mam swoje dzieci, ale nie mam takiego doświadczenia. Ten chłopiec musi iść do lekarza dziecięcego, bo ten lekarz, ten mój kolega lepiej mu to wszystko wytłumaczy.

Dobrze mi się współpracuje z ministerstwem. Myślę, że wiele rzeczy uda nam się jeszcze zmienić, aczkolwiek... Jeszcze raz zwracam się do pana. Nie tak łatwo będzie zwiększyć liczbę specjalistów, bo zależy to nie tylko od nas, ale też tego, czy będą chętni do przychodzenia do pracy. To też jest skomplikowane. Powiem panu szczerze, że nawet jeżeli w instytucie przybędzie 3 czy 4 lekarzy, to nie zmieni to sytuacji. Jeżeli chodzi o instytut, to nie jest to rozwiązanie.

Ja jestem kierownikiem kliniki od długiego czasu. Rozwijałem ją, mając 16 łóżek i 4 asystentów. Dzisiaj mam 11 asystentów, wszyscy są reumatologami. Gdyby Narodowy Fundusz Zdrowia zaproponował mi kontrakty dla tych 11 osób w moim szpitalu, to musiałbym odmówić, bo nie mam pomieszczeń. Ja mam 3 gabinety reumatologiczne otwarte codziennie, ale czwartego i piątego już nie będzie, bo w szpitalu nie ma odpowiedniego pomieszczenia. A więc to nie jest tak, że jest to tylko wina... Proszę zobaczyć, ministerstwo stworzyło warunki dla specjalizacji, ale, tak jak państwu powiedziałem, niewiele się na nią zgłosiło. Taka jest prawda. Mówię o reumatologii, nie wiem, jak jest w przypadku innych dyscyplin. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Profesorze.

Myślę, że sieć szpitali może w jakiś sposób rozwiązać problem z dniami hospitalizacji.

Jeszcze pan senator Mamątow, a potem udzielię głosu kolejnym osobom.

Proszę.

Senator Robert Mamątow:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Ja też dziękuję za to, że dzisiaj odbywa się to posiedzenie komisji. Sami państwo widzicie, że jest problem. Deklaracja ministerstwa bardzo cieszy – żeby tylko takie spotkanie doszło do skutku. A jeśli chodzi o to, co mówił pan profesor, to oczywiście nie rozwiąże to problemu, ale poprawi sytuację i może nie będzie trzeba czekać do 2019 r. na przyjęcie dzieciaka, może to będzie wcześniej. Trzeba coś w tym temacie robić. Nie można udawać, że problemu nie ma, bo on jest. Spotkania, na których wypowiadają się specjaliści i osoby zainteresowane, zawsze przynoszą coś dobrego, dlatego bardzo liczę na realizację deklaracji pani z ministerstwa, że takie spotkanie w ministerstwie się odbędzie. Będę, że tak powiem, zwracał na to uwagę. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Pani minister mi sygnalizuje, że termin już jest.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala:

Chciałabym powiedzieć, że termin został wyznaczony na 10 kwietnia 2017 r. na godzinę 14.00 u pana ministra Marka Tombarkiewicza.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Mamy pierwszy owoc posiedzenia naszej komisji. Cieszę się bardzo.

Z tyłu ktoś się zgłaszał. Kto chciał zabrać głos? Pani chciała.

Proszę się przedstawić. Proszę.

Pani Maria Pierzynowska:

Maria Pierzynowska.

Panie Przewodniczący, bardzo serdecznie dziękuję za zaproszenie.

Szanowni Państwo, chciałabym zwrócić państwa uwagę... Ja reprezentuję ruch oddolny, który liczy ponad 800 osób. Walczymy o przywrócenie możliwości kontynuacji leczenia pacjentów z chorobami reumatologicznymi w jednym z oddziałów instytutu reumatologii. Ten oddział został zamknięty w 2010 r. Sytuacja, która trwa w instytucie reumatologii, jest dla nas sytuacją niezrozumiałą. Myśmy o tym informowali już chyba wszystkie osoby w państwie i nadal czekamy na decyzję ministra zdrowia. Ostatnio apelowaliśmy do pana ministra, żeby zrewidował decy-

zję, którą w 2010 r. podjął ówczesny minister zdrowia, pozwalając na taką sytuację. W obliczu ogromnych problemów pacjentów związanych z możliwościami leczenia i dostaniem się... Oddział, który świetnie funkcjonował, został zamknięty.

Bardzo uprzejmie dziękuję pani minister, bo może będzie możliwość porozmawiania na ten temat na spotkaniu, o którym pani minister przed chwilą powiedziała. Bardzo państwu dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Myślę, że tak.

Pani się zgłaszała.

Proszę się przedstawić.

Przedstawiciel Kancelarii „Prawo Gospodarka Zdrowie” Anna Banaszewska:

Panie Przewodniczący! Pani Minister! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Goście!

Anna Banaszewska, Kancelaria „Prawo Gospodarka Zdrowie”. Mam przyjemność wspierać stowarzyszenie „3majmy się razem”.

Proszę państwa, ja absolutnie rozumiem kwestię finansową, ale jestem tylko prawnikiem i chciałbym wypowiedzieć się na temat leczenia wyłącznie pod kątem formalnoprawnym, bo tym zajmuję się od lat i w tym obszarze posiadam kompetencje.

Rozumiem argument braku specjalizacji i lekarzy. Przyjmuję, że jest to problem, którego nie da się rozwiązać w tej chwili, na tym posiedzeniu. Argument, którego nie jestem w stanie zrozumieć i zaakceptować, dotyczy zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w programach lekowych, a konkretnie kryteriów leczenia pacjentów. Proszę państwa, nie jestem lekarzem, ale nawet ja jako prawnik zdaję sobie sprawę z tego, że choroba reumatyczna to jest choroba, której nie leczy się całkowicie, która właściwie nie ulega wyleczeniu i w przypadku której zaniechanie bądź przerwanie leczenia powoduje trwałą destrukcję tkanki łącznej, powoduje uszczerbek na zdrowiu i kalectwo.

Proszę państwa, kiedy czytam opis programu lekowego... Mówię teraz o kryteriach dotyczących czasu trwania terapii. Dajemy pacjentowi ekspektatywę, obiecujemy pacjentowi, że jeśli spełni kryteria włączenia do programu lekowego, to ma szansę na skuteczne leczenie w terapii biologicznej. Jak rozumiem, alternatywą są tu leki tradycyjne. Pacjent wyraża zgodę na leczenie, ale to leczenie jest tak naprawdę ograniczone w czasie. Proszę państwa, opis każdego programu lekowego – B.33, B.34, B.35 i B.36 – narusza podstawowe zasady konstytucyjne, w tym zasadę prawa do życia. Być może jako konstytucjonalista wypowiadam się bardzo górnolotnie, ale dokładnie to stanowisko podziela Naczelny Sąd Administracyjny, który jednoznacznie wskazuje, że w każdej interpretacji prawa... Jeśli opis programu lekowego określa sytuację prawną pacjentów, to nie jestem w stanie traktować go inaczej niż jako decyzję administracyjną, która kształtuje sytuację prawną każdego z pacjentów leczonych reumatologicznie w programie lekowym.

Proszę państwa, jeśli opis programu lekowego, który jest zaakceptowany i jest decyzją bez względu na wnioskodawcę – jest to opis programu lekowego, który stanowi decyzję ministra zdrowia jako organu administracji publicznej – narusza podstawową zasadę konstytucyjną prawa do zdrowia, co więcej, narusza podstawowe obowiązki ministra zdrowia – żebyśmy mieli jasność, nie odnoszę się tu do nikogo personalnie, odnoszę się do ministra zdrowia jako organu administracji publicznej, nie odnoszę się do urzędu ani osoby, tylko do organu administracji publicznej – to organ administracji publicznej jest zobowiązany do tego, żeby w sposób zapewniający równy dostęp do świadczeń, tzn. niepozabawiający w równy sposób wszystkich pacjentów prawa do świadczenia, tylko zapewniający równy dostęp do świadczeń wszystkim pacjentom, kształtował zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku programów lekowych dotyczących leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów pacjenci prawdopodobnie pogodzili się z tym... Może się nie pogodzili, ale czuli się bezbronni wobec organu administracji publicznej, który po prostu autorytarnie uzurpował sobie prawo do tego, żeby tak, a nie inaczej ukształtować sytuację prawną pacjenta z uwagi na nieposiadanie środków.

Z dniem 1 marca wszedł nowy opis programu lekowego, opis programu lekowego w leczeniu ZZSK, to jest zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa. Proszę państwa, zgodnie z tym programem wprowadzono nowe kryterium, kryterium czasu wynoszące 18 miesięcy. Proszę sobie wyobrazić, że ministerstwo nie tylko uzurpuje sobie prawo do ograniczania prawa pacjenta do życia i gwałcenia zasad konstytucyjnych, ale również nie zadało sobie trudu, żeby wyrazić jasne interpretacje stosowania zasad nowego programu lekowego. Nowe zasady programu lekowego, które ograniczają możliwość leczenia pacjenta po pierwszorazowym otrzymaniu leku, obowiązują od dnia 1 marca, a są masowo stosowane – jak rozumiem, również przez instytut reumatologii; przepraszam, Pani Doktor – wobec pacjentów, którzy byli włączeni do tego leczenia przed dniem 1 marca. A zatem mamy tu do czynienia z ewidentnym przykładem sytuacji, w której prawo działa wstecz.

Proszę państwa, każdy z pacjentów włączonych do programu na starych zasadach, żeby mógł być leczony w programie i żeby to leczenie było skuteczne, również pod względem formalnoprawnym – bo na to patrzę – powinien był wyrazić zgodę na to leczenie. On wyrażał zgodę na leczenie wobec treści programu lekowego w poprzednim brzmieniu. Być może należałoby rozważyć taką sytuację, że każdy z tych pacjentów, wiedząc, że leczenie zostanie mu odebrane i zostanie narażony na dalszą trwałą destrukcję tkanki łącznej, nie wyraziłby zgody na leczenie ograniczone w czasie.

Pani Minister, ja bardzo szanuję pani pracę i bardzo się cieszę, że pani minister, trzymając w garści finanse, jest w stanie tak zawładnąć departamentem zajmującym się polityką lekową i farmacją, że w ciągu 15 minut mamy potwierdzone spotkanie. Ale nie chciałabym zostawiać tego tematu. Z formalnoprawnego punktu jest tylko jeden wybór: albo podejmiemy rozmowy i będziemy w stanie ukształtować program lekowy w taki sposób, aby sytuacja

prawną pacjentów uległa poprawie, albo pacjentom i mi jako podmiotowi reprezentującemu pacjentów pozostanie jakakolwiek inna skuteczna droga formalnoprawna. Innego wyjścia nie widzę. Przepraszam za to zakończenie, które być może było ostre, ale wydaje mi się, że na żadne inne nie możemy sobie po prostu pozwolić. Bardzo czekam na spotkanie. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Jest jeszcze jeden głos.

Proszę.

Członek Stowarzyszenia Chorych na ZZSK i Osób Ich Wspierających Krzysztof Kucharski:

Witam państwa.

Krzysztof Kucharski. Jestem ze stowarzyszenia chorych na zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa, czyli tej grupy chorych, której dotyczą zmiany w programie B.36. Chciałbym w paru zdaniach przedstawić perspektywę pacjenta, to, jak on widzi leczenie w programach lekowych i jakie są problemy wynikające ze stosowania w praktyce programów lekowych.

Dwa zdania o tym, dlaczego leki biologiczne są dla nas ważne. Dlatego, że to leczenie, dostępne od 2002 r., ma już udowodnioną skuteczność. Często jest to jedyna skuteczna terapia dla najcięższej choroby, stąd też światowa tendencja stosowania tych leków i włączania ich do leczenia również chorych na wczesnych etapach choroby, kiedy remisja... Powstrzymanie postępów choroby jest wtedy najskuteczniejsze. Dostrzegł to również płatnik, budując nowy program dla ZZSK, nawet jeszcze niediagnozowanego, i mówiąc o tym, że lekami biologicznymi można leczyć pacjenta ze świeżym rozpoznaniem albo z niespełniającym w pełni kryteriów rozpoznaniem zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa. Widać, że jest świadomość, że to leczenie powinno być włączone jak najwcześniej. Są też dowody farmakoekonomiczne mówiące o tym, że tak naprawdę to się opłaca. Jeżeli uwzględnia się koszty całościowe, czyli również koszty pośrednie choroby, takie jak hospitalizacje, zabiegi operacyjne, leczenie ambulatoryjne, rehabilitacje i świadczenia rentowe, to nagle okazuje się, że koszt leczenia biologicznego, sam koszt leku – od zawsze wskazuje się, że jest on dosyć duży – jest znikomy wobec całości kosztów, które musi ponieść państwo na źle leczonego pacjenta. Można to podsumować właściwie tylko jednym truizmem: opłaca się leczyć nowoczesnie i efektywnie. To jest leczenie, które się po prostu per saldo – mówimy o całości analizowanych kosztów – opłaca. Mało tego, mamy nową, fajną wiadomość. Te terapie są coraz tańsze, przynajmniej na świecie, ze względu na wygasanie ochrony patentowej i pojawienie się leków biopodobnych. Leki biologiczne stosowane w leczeniu chorób reumatycznych w Polsce refundowane są wyłącznie w ramach programów lekowych.

Szukając dla państwa odrobiny informacji o tym, jaki jest zakres leczenia biologicznego, miałem poszukać świeżych informacji mówiących o tym, jakie jest odniesienie

do europejskich standardów, ale trafiłem na bardzo ciekawy wywiad w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej, którego jeden akapit tu przytoczę. Jest to wywiad z dr. hab. n. med. Sławomirem Jeką, prof. Uniwersytetu Mikołaja Kopernika i kierownikiem kliniki reumatologii w szpitalu Bizziela.

Cytuję. Leczenie biologiczne to najskuteczniejszy rodzaj terapii w chorobach reumatycznych. Jego efektem często jest remisja, która może być trwała. W kraju objętych jest nim zaledwie od 1 do 1,5% chorych. To najniższy odsetek w Europie. Średnia europejska wynosi od 15 do 20%. Mało tego, aby pacjent mógł w Polsce otrzymać lek biologiczny, trzeba udowodnić nieskuteczność kilkumiesięcznej kuracji najpierw jednym, potem drugim lekiem syntetycznym – doktor szacuje, że leczenia biologicznego wymaga od 30 do 40% pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Nie tolerują oni np. leków syntetycznych, mogą nie odpowiadać albo przestać odpowiadać na leki syntetyczne. W przypadku zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa leki syntetyczne są jeszcze mniej skuteczne. W zasadzie postęp choroby mogą zahamować jedynie leki biologiczne.

To nie jest głos pacjenta. To jest głos eksperta mówiącego o tym, jaka jest rola, jaka jest funkcja programów leczenia biologicznego. Wyjaśniłem państwu, mam nadzieję, dlaczego leki biologiczne są dla nas tak ważne i dlaczego tak się niepokoimy, jeśli chodzi o model leczenia poprzez programy lekowe. Wiemy już, że jest bardzo słabo, że jesteśmy w ogonie Europy w zakresie standardów leczenia lekami biologicznymi. Ale może są dobre rokowania, może chociaż tendencja jest dobra? Tu odpowiedź daje analiza programu B.36 dotyczącego ZSSK. W jakim kierunku poszły zmiany programu lekowego? Od 1 marca mamy uszczelnienie dostępu do leków. Zaostrzono kryteria mówiące o adekwatnej odpowiedzi na leczenie. Te kryteria są zaostrzone, a więc w naturalny sposób więcej ludzi będzie wylatywać z programu. To jest pierwszy punkt.

Drugi punkt to bezwzględny zakaz skutecznego leczenia dłużej niż 18 miesięcy. To jest cytat z programu: czas leczenia daną substancją czynną w ramach programu przy pierwszym podawaniu leku biologicznego nie może być dłuższy niż 18 miesięcy. Rozmawiam z lekarzami i oni mówią: nie wiemy, co z tym zrobić. Dzisiaj praktyka jest taka... Skutki są takie, że w narodowym instytucie geriatry w pierwszych tygodniach marca było około 200 przerw terapii z powodu zapisu o 18 miesiącach. Nie jestem aż takim optymistą i pacjenci też nie są aż takimi optymistami, aby patrząc na nowe zapisy programu, mówić, że jest to duży krok w zwiększeniu dostępności. My widzimy raczej, że nowe kryteria, które się tu pojawiały, w dalszym stopniu ograniczają dostęp do leczenia. Mało tego, komplikacja zapisów programu i wątpliwości lekarzy, co zrobić w przypadku... Ja widziałem listę kilkunastu pytań, które lekarze pracujący na co dzień z programami lekowymi już sobie zanotowali i prawdopodobnie zamierzają wystosować do zespołu koordynacyjnego. Zapisy programu są już dzisiaj na tyle skomplikowane, na tyle enigmatyczne i w wielu punktach niejasne, że sami lekarze – a co dopiero pacjenci? – gubią się w zakresie możliwości stosowania terapii.

Oczywiście pacjenci dostrzegają pozytywne aspekty stosowania programów lekowych, to, że jest jednak jakiś dostęp do nowoczesnej terapii, że w ramach programu do-

stają kompleksową opiekę i że jest to dla nich bezkosztowe. Ale prosiłbym w imieniu pacjentów, żeby zwrócić uwagę – być może idę w ślepy zaułek, jeśli chodzi o programy lekowe – że jest coraz więcej argumentów za tym... Być może warto zastanowić się, czy te leki nie powinny być dostępne dla pacjentów w kompletnie inny sposób.

Dla nas, pacjentów jest co najmniej kilka kategorii problemów wynikających z programów lekowych. Najważniejsze to oczywiście problemy medyczne związane z niezgodnością programów z rekomendacjami naukowymi takich podmiotów jak EULAR czy Polskie Towarzystwo Reumatologiczne. Przykładowo, zapis o 18 miesiącach bez względu na skuteczność leczenia nie ma absolutnie żadnego odzwierciedlenia w żadnych rekomendacjach naukowych. Przeszukaliśmy możliwe rekomendacje Europejskiej Ligi do Walki z Reumatyzmem. Nie ma tam żadnych takich wskazań. To znaczy, że sam program stoi w sprzeczności z rekomendacjami, stwarza bariery w zakresie włączenia do leczenia, zmiany leków czy leczenia pacjentów z badań klinicznych. Są też problemy z kontynuacją leczenia po uzyskaniu pełnoletności.

Program z narzędzia ewidencji kosztów – mam wrażenie, że takie były jego pierwotne założenia – stał się de facto instrukcją leczenia, co każe postawić pytania, czy przypadkiem drastycznie nie ingeruje to w kompetencje lekarzy i ich odpowiedzialność. Tworzy to zawiłą, trudną interpretacyjnie i nieadekwatną do złożoności leczenia sieć rekomendacji i wskazówek dotyczących tego, jak pacjenta przesuwamy, kiedy go włączamy do programu, a kiedy z niego wyłączamy.

Ostatni punkt: ostateczne decyzje o terapii należą do zespołu koordynacyjnego. Jest to ciało, które podejmuje decyzję o leczeniu bez zobaczenia pacjenta i które na podstawie fragmentarycznych informacji medycznych rozstrzyga o dalszym losie pacjenta i o jego pozostaniu w programie. Rozstrzyga też w zakresie trudnych przypadków, praktycznie nie widząc pacjenta.

Oczywiście jest znacznie więcej szczegółowych problemów medycznych, o których nie będę państwu tutaj mówił. Można je spokojnie znaleźć w pismach Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, które miało zwyczaj odnosić się do kolejnych wersji programów medycznych.

Warto też zwrócić uwagę na problemy formalne, które są drugą grupą problemów. Programy są biurokratycznie bardzo zawiłe, przeregulowane zarówno w naszym odczuciu, jak i w odczuciu lekarzy. Są miejscami nieprecyzyjne, wymagające interpretacji i pełne pułapek. Tak one dzisiaj wyglądają. Nawet PTR, pisząc o programach lekowych jeszcze w 2016 r., stwierdziło w podsumowaniu, że nie da się już dalej modyfikować zapisów programów lekowych, bo nawarstwiają się w nich różne regulacje. Niektóre zapisy są wewnętrznie sprzeczne i niespójne.

Zespół koordynacyjny, jak wspominałem, podejmuje decyzje o leczeniu bez wiedzy o przebiegu choroby i o pacjencie. Zmiany w programach dopuszczają zamiennosc, która też jest dyskusyjna. Ale to, co pacjentów najbardziej niepokoi i martwi, to jest to, że programy praktycznie narzucają lekarzowi sposób leczenia, często niezgodny z jego wiedzą, doświadczeniem i przekonaniem co do skuteczności terapii.

Warto powiedzieć tu jedno zdanie również o problemach organizacyjnych, bo kryteria dotyczące świadczeniodawcy są dzisiaj takie, że programy prowadzą praktycznie tylko duże szpitale kliniczne posiadające oddziały reumatologiczne, co de facto zmusza pacjenta do odbywania często długich podróży do takiej dużej placówki dwa razy w miesiącu na podanie leku. Pacjent często musi przyjeżdżać tam dodatkowo na pobranie krwi i inne niezbędne badania. To wszystko wiąże się z uciążliwością w dotarciu do szpitala, absencjami w pracy, ograniczoną tolerancją pracodawcy na nieobecności. I cała ta wielka, zawiła machina działa w ten sposób, że leki apteczne, takie, które są przewidziane przez producenta do samodzielnego podania sobie przez pacjenta – tak jak jest w przypadku insuliny – w wymyślonym przez nas systemie są dostarczane pacjentowi praktycznie tylko przez szpitale.

Podsumuję. Czego chcieliby pacjenci? Jest szansa na to, żeby wybrzmiał tu ich głos, dlatego bardzo dziękuję za zaproszenie. Czego tak naprawdę chcieliby pacjenci w opiece reumatologicznej i w modelu opieki związanej z leczeniem biologicznym? Wyobrażamy sobie, że może trzeba by poszukać... Może dzisiaj jest dobry czas na to, żeby zastanowić się nad rezygnacją z programów lekowych i udostępnieniem leków biologicznych w ramach jakiegoś innego, nowego, wypracowanego modelu. Żeby nie wylać dziecka z kąpielą, trzeba pamiętać, że jest tu kilka bardzo ważnych rzeczy. Przede wszystkim lek powinien być dostępny w aptekach na receptę reumatologa, co zrealizowałoby postulat, żeby leczył nas jednak reumatolog, a nie rozporządzenie. Istotne są utrzymanie podobnego poziomu bezpieczeństwa, w tym dostępności do koniecznych badań, lekarza itd., oraz brak obciążania pacjenta kosztami terapii, jak jest dzisiaj. Decyzje terapeutyczne powinny być w rękach lekarza prowadzącego leczenie. Powinna być też większa dostępność i elastyczność, jeśli chodzi o prowadzenie terapii. Dzisiaj widzimy... Słyszymy z ust pana konsultanta krajowego, że on sam porusza się w gąszczu różnych regulacji, które zmuszają go do hospitalizacji pacjenta przez 8 dni. W programach lekowych jest dokładnie tak samo. Programy lekowe warunkują włączenie pacjenta w proces leczenia i wyłączenie go z niego, a terapia jest prowadzona w bardzo ściśle opisany w sposób, bez możliwości np. elastycznego rozrzedzania dawek leków.

Chcielibyśmy, aby leczyli nas lekarze i aby była im udostępniona możliwość stosowania aktualnej wiedzy medycznej oraz rekomendacji towarzystw naukowych. Uważamy, że programy lekowe są skomplikowaną i dzisiaj chyba już nieefektywną drogą leczenia. Koszty terapii spadają, a nie przekłada się to na dostępność leczenia. Spodziewaliśmy się, że wprowadzenie leków biopodobnych obniży koszt terapii i radykalnie zwiększy liczbę ludzi, którzy mogą się leczyć. Nic takiego nie obserwujemy. Obserwujemy za to dalsze ograniczenie dostępności leczenia, np. przez wymóg zakończenia terapii po 18 miesiącach pomimo jej skuteczności, co samo w sobie jest dla nas bardzo trudne do zrozumienia i zaakceptowania.

Chciałbym, żeby moje wystąpienie było potraktowane jako prośba o wypracowanie innego rozwiązania systemowego. W imieniu pacjentów chciałbym o to poprosić. Być może terapie biologiczne, ważne dla nas, istotne dla nasze-

go zdrowia, można byłoby zaoferować w formule, w której reumatolog mógłby nam ordynować leki, dać receptę, tak abyśmy mogli leczyć się bez całej tej maszyny związanej z programami lekowymi. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję za ten głos.

Pan profesor chciałby zabrać głos.

(*Konsultant Krajowy w Dziedzinie Reumatologii Marek Brzosko: Tak. Muszę zabrać głos.*)

Proszę bardzo.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Reumatologii Marek Brzosko:

Po pierwsze, proszę pana, ja pana już kiedyś słyszałem i byłem zachwycony pana wypowiedzią. Teraz jestem troszeczkę rozczarowany. Mianowicie, zespół koordynacyjny nie wpływa już na leczenie – kwalifikuje przy pierwszej wizycie i nigdy więcej nie ingeruje. Pacjent zostaje na stałe w programie lekowym.

Po drugie, nieprawdą jest, że nie można modyfikować leczenia i rozrzedzać dawek. Prawdą jest, że można to robić, i jest dokładnie zapisane, kiedy i w jakich sytuacjach.

Czy przerywać leczenie? Towarzystwa światowe i z różnych krajów zalecają przerywanie leczenia. Wielokrotnie zostało już dowiedzione, że po różnych okresach leczenia, kiedy następuje remisja – tak jest w przypadku 18-miesięcznego leczenia – należy podjąć próbę przerwania leczenia. W programie jest wyraźnie napisane, że jeżeli nawrót nastąpi w czasie krótszym niż 12 tygodni, chory otrzymuje leczenie na stałe. Do decyzji lekarza w przyszłości należy, kiedy odstawi leki – tu nie ma już leczenia 18-miesięcznego. Lekarzowi wolno modyfikować dawkę i może wydłużać leczenie. To gwoli wyjaśnienia.

Program jest klasycznie i jasno napisany. Nieprawdą jest, że lekarze mają z nim problem. Lekarze są zdziwieni, że ministerstwo wykonało takie ruchy, że lekarz leczący faktycznie decyduje dzisiaj o leczeniu w programie lekowym. Ja rozumiem panią mecenas – nie jestem prawnikiem, więc się w tej sprawie nie wypowiadam – ale zalecenia są takie, żeby próbować przerwać leczenie. I dobrze wiemy ze statystyk z różnych krajów, gdzie są prowadzone rejestry... Taki rejestr być może będzie wprowadzony w Polsce we współpracy z ministerstwem. On jest już gotowy. To pokaże, którzy chorzy i jak długo nie biorą leków biologicznych. Mamy w obserwacji chorych, którzy nie biorą leków biologicznych już 10 lat. Biorą tylko leki syntetyczne i dobrze się czują. Trzeba podejmować takie próby. Leczenie biologiczne ma złą nazwę. To nie jest bezpieczne leczenie. To jest leczenie niebezpieczne. U połowy chorych w ciągu 5 lat nie będzie stosowane to leczenie z powodu działań niepożądanych. Trzeba zdawać sobie sprawę z faktu, że my tymi lekami nie leczymy, ale chcemy państwu pomóc. Program właśnie po to został stworzony. Proszę go przeczytać. Ci, u których choroba będzie aktywna, będą dostawali leki, także w zmniejszonych dawkach. To będzie do ustalenia i to sam lekarz będzie o tym decydował.

O tym nie będzie decydował zespół. Zespół będzie decydował, pomagał lekarzom, jeżeli chory nie będzie się mieścił w programie. Lekarz napisze wówczas do zespołu i zespół będzie mógł zakwalifikować pacjenta, mimo że komputerowo... Proszę nie mówić tu takich rzeczy. Stworzenie tego programu kosztowało nas naprawdę dużo czasu i jest on zgodny z większością rekomendacji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Zaraz skończy nam się czas, w którym możemy korzystać z tej sali. Ale tak długo czekaliśmy na to posiedzenie, że jeszcze około 10 minut moglibyśmy podyskutować.

Dziękuję za ten głos. Podejrzewam, że jednak prawda jest gdzieś pośrodku. Myślę, że...

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Reumatologii Marek Brzsko:

Ja może powiem tak. Chcielibyśmy dać pacjentom leki do apteki i chcielibyśmy, żeby wszyscy się leczyli. Jesteśmy za tym. Jest do podziału 260 milionów i w tych pieniądzach musimy się jakoś zmieścić. Prawda? Więcej nie ma. Jakby pan minister dał nam 1 milion, tobyśmy go... Proszę bardzo. Ja jestem całkowicie za tym. Ale myśmy stworzyli program dla tych, którzy są, że tak powiem, bardzo aktywni. Oni będą dostawali leczenie przez wiele lat i nie muszą się denerwować. Nikt im tego leczenia nie zabierze, ale próby odstawiania leczenia muszą być podejmowane. Ukazą się niedługo wyniki badań i będzie wiadomo, jak to robić.

Proszę państwa, musimy zdawać sobie sprawę... Proszę zwrócić uwagę... Pan mówi, że tu są ostre kryteria. W przypadku ZZSK chory musiał do tej pory przez 6 miesięcy brać niesterydowe leki przeciwzapalne. Teraz nie musi już ich brać przez 6 miesięcy. Bierze przez 2 miesiące. Chcielibyśmy nawet skrócić to do miesiąca, ale ostatecznie są 2 miesiące, bo w takim leczeniu leki niesterydowe kiedyś pomagały. Skróciliśmy to. Skróciliśmy też wiele innych rzeczy. Proszę zwrócić uwagę na to, że dzieci dostały lepsze warunki leczenia w programie. To nie jest program idealny. Ja nie mówię, że on jest idealny. Może mieć mankamenty, ale ma on również wiele zalet, np. takie, że można zmniejszać dawkowanie i go wydłużać. Proszę to dokładnie przeczytać.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Jak zawsze posiedzenie Komisji Zdrowia jest emocjonalne, bo dotyka problemów...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

To wcale nie jest zarzut, Panie Profesorze. Trzeba to...

(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Reumatologii Marek Brzsko: Ja bym chciał dać te leki wszystkim chorym. Proszę bardzo. Ja jestem za tym.)

Jasne, oczywiście. Jeżeli chodzi o sprawy zdrowotne, trzeba być troszkę emocjonalnym. Tak to wygląda w życiu.

Pani prezes chciałaby jeszcze zabrać głos? Tak.

Proszę.

Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej Monika Zientek:

Ja jestem pacjentką, której odstawia się leczenie po 18 miesiącach. Żeby mogła wrócić do programu, musi mi się pogorszyć. Bardzo źle znoszę to psychicznie. Nie tylko ja. W sytuacji, kiedy mam świadomość choroby i kiedy wiem, jakie są warunki powrotu do programu... Musi mi się pogorszyć. Ja muszę wykazać pogorszenie, żeby móc wrócić i kontynuować leczenie. To odbija się na sytuacji pacjenta reumatologicznego. Na przełomie tego roku przeprowadziliśmy badanie wśród pacjentów z zapalnymi chorobami tkanki łącznej. Z tego badania wynika, że 55% pacjentów nie odczuwa poprawy w swoim leczeniu. Ponad połowa pacjentów nie czuje poprawy, nawet po leczeniu modyfikującym, czyli tym bardzo podstawowym. To jest ogromna rzesza pacjentów. A brak poprawy skutkuje życiem w bólu. Musimy zdawać sobie sprawę z tego, że brak opieki, brak modyfikacji leczenia, brak jakby uważności, jeśli chodzi o pacjentów, skutkuje tym, że 60% z nich – to są nasze najświeższe dane – doświadcza bólu nieustannie lub przez kilka godzin w ciągu dnia. Mówimy o pacjentach, którzy są przed 40 rokiem życia. Taka jest średnia wieku naszych ankietowanych. Czyli 60% pacjentów do 40 roku życia doświadcza bólu nieustannie lub przez kilka godzin. I oni nie są zadowoleni ze swojego leczenia. Taki jest obraz stanu polskiej reumatologii na dzisiaj.

(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Reumatologii Marek Brzsko: A ilu chorych nie stosuje się do zaleceń lekarskich?)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Panie Profesorze...

(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Reumatologii Marek Brzsko: Są prowadzone na świecie badania, które pokazują, że pacjenci nie stosują się do zaleceń, i to nie tylko w reumatologii.)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie prowadźmy w tej chwili polemiki.

Pan się zgłaszał.

Proszę zabrać głos. Zaraz musimy skończyć.

Wiceprezes Zarządu Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego Grzegorz Rychwalski:

Dzień dobry.

Grzegorz Rychwalski, Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego.

Ja chciałbym się odnieść do podnoszonej tutaj kwestii ograniczonej puli środków, które są przeznaczone na leczenie w reumatologii. To dotyka tak naprawdę całego aspektu polityki lekowej i ochrony zdrowia. Mówiąc o lekach biologicznych, nie zapominajmy o leczeniu biopodobnym. Leki, które mają profil potwierdzony przez agencję dopuszczającą leki do obrotu w całej Europie... Leki biologiczne

i biopodobne muszą przejść tę procedurę. Wykazują one ten sam profil bezpieczeństwa i ten sam profil skuteczności co leki referencyjne, a po utracie ochrony patentowej przez leki oryginalne dają o wiele niższe koszty leczenia dla płatnika. Pacjentowi daje to taki sam poziom bezpieczeństwa i skuteczności, co jest potwierdzone w badaniach polskich, jak również w badaniach europejskich. Potwierdziło to chociażby ostatnie bardzo duże badanie Królestwa Norwegii, gdzie na bardzo dużej grupie pacjentów przebadano produkt biopodobny. Wykazano tam taki sam profil bezpieczeństwa i skuteczności jak w przypadku produktu referencyjnego.

Mówiąc o leczeniu biologicznym, nie zapominajmy o leczeniu biopodobnym. Tutaj są te same jakości, skuteczność i, co najważniejsze, bezpieczeństwo dla pacjenta, a przy tym generowane są bardzo duże oszczędności dla płatnika. Było to tutaj podniesione, może jest też kwestia dyskusji systemowej. Czy te oszczędności nie powinny wracać do tej samej puli? Czy oszczędności wygosparowane, m.in. dzięki jakby większej penetracji leczenia biopodobnego, nie powinny wracać do puli przeznaczonej na refundację leków? Teraz środki zaoszczędzone na refundacji rozchodzą się po całym systemie, w budżecie NFZ. A jeżeliby można było pomyśleć o rozwiązaniach systemowych, tak aby te środki wracały do budżetu, to tak naprawdę byłaby tu dwojaka korzyść – i dla pacjentów, i dla płatnika. Bo tak naprawdę właśnie o tym tutaj rozmawiamy. Tak że mówiąc o leczeniu biologicznym, nowoczesnym, nie zapominajmy o leczeniu równie nowoczesnym, bezpiecznym i skutecznym, jakim jest leczenie lekami biopodobnymi. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję za ten głos.

Jeszcze dwa zdania pani mecenas i będziemy powolutku kończyć.

Proszę bardzo.

Przedstawiciel Kancelarii „Prawo Gospodarka Zdrowie” Anna Banaszewska:

Panie Przewodniczący, bardzo serdecznie dziękuję. Dwa zdania.

Chciałabym państwu odczytać fragment, dosłownie dwa zdania z wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego przeciwko Ministerstwu Zdrowia w sprawie finansowa-

nia świadczeń. Ten fragment dotyczy tak naprawdę zasad interpretacyjnych i nie jest tu istotne to, że stroną jest Ministerstwo Zdrowia. Istotne jest to, jaka jest treść wyroku. Otóż sąd administracyjny stoi na stanowisku, że w procesie wykładni prawa nie należy opierać się wyłącznie na wykładni językowej, ale w oparciu o unormowania art. 38 konstytucji – to jest właśnie zapis o prawie do życia – należy stosować dyrektywę interpretacyjną, zgodnie z którą wszelkie możliwe wątpliwości co do ochrony życia ludzkiego powinny być rozstrzygane na rzecz tej ochrony, *in dubio pro vita humana*. I z tym bym chciała dzisiaj państwa zostawić.

Jeśli chodzi o przedstawiciela firmy farmaceutycznej, to ja rozumiem, że chciałby pan zareklamować leki biopodobne bądź biologiczne, ale nie wiem, czy to jest właściwe miejsce. Dziękuję bardzo.

Wiceprezes Zarządu Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego Grzegorz Rychwalski:

Bardzo chciałbym to sprostować...

(Przewodniczący Waldemar Kraska: Ale już kończymy...)

Nie, nie. Ja nie reprezentuję firmy farmaceutycznej. Tak jak powiedziałem, jest to związek zrzeszający podmioty krajowego przemysłu farmaceutycznego. Nie reprezentuję żadnej firmy, tylko grupę podmiotów działających na podstawie ustawy. Tak że to nie jest reklama, tylko głos do dyskusji systemowej. Dziękuję.

(Głos z sali: Tu każdy kogoś reprezentuje.)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Okej.

Proszę państwa, myślę, że jesteśmy już troszkę zmęczeni, bo pracujemy od godziny 11.00.

Wszystkim bardzo serdecznie dziękuję za to, że mogliśmy się tu spotkać.

Owoce dzisiejszego spotkania będzie spotkanie w ministerstwie. Prosiłbym panią minister lub panią prezes o informację, czym to się skończyło i czy będzie kontynuacja. My ze swojej strony jako komisja obiecujemy, że będziemy się przyglądać temu problemowi.

Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 36)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii