SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (**50.**)
w dniu 11 lipca 2017 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat konsekwencji wprowadzenia paybacku dla pacjentów i bezpieczeństwa lekowego Polski.

Zapis stenograficzny jest tekstem nieautoryzowanym.

(Początek posiedzenia o godzinie 16 minut 30)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu.

Bardzo serdecznie witam państwa na pięćdziesiątym pierwszym posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia.

Przedmiotem naszego dzisiejszego posiedzenia jest informacja na temat konsekwencji wprowadzenia paybacku dla pacjentów i bezpieczeństwa lekowego Polski.

Dla państwa senatorów informacja o tym, skąd taki temat, może dość dziwny i mało nam mówiący. Myślę, że jest to temat bardzo ważny, ponieważ – jak wiem – ministerstwo pracuje nad nową ustawą, która właśnie wprowadza to rozwiązanie zabezpieczające różnicę między zaplanowanymi a rzeczywistymi wydatkami NSZ na refundację leków. Tę różnicę miałyby pokrywać firmy farmaceutyczne, dlatego firmy są zaniepokojone tym, że na nie się to przerzuci. Ja osobiście może nie lubię tych nazw angielskich – payback… W słowniku trudno znaleźć tłumaczenie na polski. Niektórzy tłumaczą to jako „zysk", niektórzy nawet jako „zemsta", więc ja może akurat w kierunku tej zemsty… Tylko nie wiem, kto na kim miałby się mścić.

Myślę, że jesteśmy w dość dobrym momencie, ponieważ prace w ministerstwie są dopiero na etapie wstępnym, czyli na etapie uzgodnieniowym, dlatego nasze dzisiejsze spotkanie, nasza dzisiejsza dyskusja będzie dobrym asumptem do tego, żebyście państwo, jako przedstawiciele przemysłu farmaceutycznego, a z drugiej strony państwo, jako przedstawiciele ministerstwa, które także chce bronić finansów… Dzisiaj obecna jest pani minister Katarzyna Głowala, która w ministerstwie odpowiada właśnie za kasę. Myślę, że jest to dobra osoba, żebyśmy na dzisiejszym posiedzeniu komisji razem wypracowali może jakieś wspólne ustalenia, żeby ten nieszczęsny payback, jako kolejne zabezpieczenie systemu leków refundowanych, mógł w Polsce nie być tak dotkliwy jak w innych krajach.

Mnie głównie, proszę państwa, zaniepokoiło to, o czym myśmy kiedyś rozmawiali na konferencji poświęconej właśnie wprowadzeniu paybacku, kiedy to zostało powiedziane, że np. w Rumunii firmy farmaceutyczne, aby uniknąć płacenia tego haraczu, zaczęły wycofywać leki z aptek. To się odbiło na pacjentach. Więc troszeczkę to przemówiło do mojej wyobraźni i było to „języczkiem spustowym", który sprawił, że dzisiaj poświęcamy posiedzenie komisji właśnie temu tematowi.

Bardzo serdeczne witam jeszcze raz panią minister Katarzynę Głowalę, która jest razem ze współpracownikami z ministerstwa. Witam państwa senatorów. Witam państwa przedstawicieli przemysłu farmaceutycznego z panem prezesem Zdzisławem Sabiłło na czele i panami wiceprezesami. Witam także państwa ze „Świata Lekarza", bo akurat to czasopismo jest orędownikiem dyskusji, które toczą się już poza gmachem parlamentu.

Myślę, że parę zdań, Pani Minister, o tym, na jakim etapie zaawansowania jest ta ustawa, i o tym, co państwo planujecie zrobić właśnie z tym zabezpieczeniem w postaci paybacku, jeżeli chodzi o wydatki na refundację leków…

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala:

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Powiem tylko, że jesteśmy w trakcie uzgodnień międzyresortowych dotyczących projektu ustawy, który wprowadza zmiany w zakresie paybacku. Wolałabym dzisiaj nie mówić jeszcze, co dokładnie w ostateczności zostanie zaplanowane, gdyż 17 lipca będzie spotkanie z przedstawicielami wszystkich stron, które są zainteresowane tym projektem, w szczególności instytucją paybacku. Tak naprawdę chcielibyśmy podczas tego spotkania 17 lipca wypracować ostateczne stanowisko wobec proponowanych zmian. Dzisiaj raczej prawdopodobnie będę się przysłuchiwać, aby to wszystko, co tutaj, na tym posiedzeniu komisji senackiej, zostanie powiedziane, uwzględnić w dalszych pracach. Nie chciałabym mówić o zmianach, dlatego że te zmiany obecnie są na 100%…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Tak, dokładnie.

W związku z tym wolałabym się dzisiaj nie wypowiadać, tym bardziej że –tak jak mówiłam – jest planowane spotkanie na 17 lipca. Na tym spotkaniu chcielibyśmy uzgodnić ostateczne stanowisko wobec tego, co znajdzie się w projekcie ustawy.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Naszym celem było to, aby na dzisiejszym spotkaniu zaprezentować właśnie stanowisko sektora farmaceutycznego, dowiedzieć się, jakie ma obawy, jeżeli chodzi o wprowadzenie tego systemu.

Więc może poproszę pana prezesa Zdzisława Sabiłko, żeby przedstawił swoje niepewności i obawy. Proszę bardzo.

Prezes Zarządu Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego Zdzisław Sabiłło:

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.

Tylko poprawię swoje nazwisko: Sabiłło.

(*Przewodniczący Waldemar Kraska*: Przepraszam.)

Nic nie szkodzi.

Przede wszystkim bardzo dziękuję panu senatorowi, że był łaskaw zorganizować to spotkanie.

Powtórzę to, co mówiła pani minister. Oczywiście nic nie jest jeszcze przesądzone, jednak wolimy po prostu dmuchać na zimne, dlatego że w dużej nowelizacji ustawy refundacyjnej znalazły się propozycje zapisów, które nas zwyczajnie niepokoją i po prostu chcielibyśmy nad tym podyskutować.

To, co nas bardzo niepokoi, to jest przede wszystkim to, że kwota paybacku, jaka została zadekretowana w tym projekcie, wynosi 100%, tzn. że wszystkie koszty wynikające z przekroczenia wydatków na refundację mają być ponoszone przez firmy farmaceutyczne. Do tej pory w ustawie refundacyjnej to ryzyko było podzielone fifty/fifty, mówiąc ładnie „po polsku", czyli 50/50 pomiędzy budżet i firmy farmaceutyczne, dlatego że Ministerstwo Zdrowia zgadzało się z taką tezą, że często te zwiększone wydatki wynikają nie tylko z nadmiernej działalności handlowej firm farmaceutycznych, ale też zwyczajnie ze zwiększonej epidemiologii, jeśli chodzi o zachorowania na niektóre choroby. Dlatego wydaje nam się, że payback fifty/fifty, czyli 50/50, był rozwiązaniem zdecydowanie sprawiedliwszym, niż to, które w tej chwili jest proponowane w dużej nowelizacji ustawy refundacyjnej. To jest pierwsza sprawa.

Przy okazji pewien komentarz. Odnosząc się do tego, o czym mówił pan senator, chciałbym powiedzieć, że ten mechanizm paybacku, który jest proponowany w dużej nowelizacji, jest najbardziej restrykcyjnym mechanizmem implementowanym w Unii Europejskiej. W Unii Europejskiej payback został zaimplementowany w 9 krajach, w 5 krajach starej Unii i w 4 krajach nowej Unii. I tak naprawdę równie restrykcyjny system jak ten zaproponowany – powtarzam – w dużej nowelizacji ustawy jest tylko w Grecji i w Rumunii, przy czym należy zwrócić uwagę na to, że w obydwu krajach nie ma w ogóle lokalnego przemysłu farmaceutycznego albo jest on znikomy. W Rumunii tego rodzaju drakoński system spowodował bardzo duże, problematyczne braki leków na rynku, gdyż producenci, po prostu obawiając się paybacku, przestali dostarczać leki w zwiększonych ilościach, co skutkowało niedoborami na rynku. Jest to oczywiście groźne, jeśli chodzi o bezpieczeństwo farmakologiczne społeczeństwa. Wydaje nam się, że jest to dobry przykład, że tego rodzaju drakońskie metody nie zawsze przynoszą oczekiwany skutek.

Tak że w związku z tym te rozwiązania są pod tym względem bardzo groźne. I to, o co byśmy apelowali… Przede wszystkim apelowalibyśmy o to, żeby się zastanowić, w jakim momencie payback winien zostać uruchomiony… Dlatego że w różnych projektach panuje dosyć duża swoboda, jeśli chodzi o terminologię, i nie wiemy, czy mamy się odnosić do planu finansowego, czy też mamy się odnosić do całkowitej kwoty na refundację w ogóle. W ustawie refundacyjnej mamy zagwarantowane, że kwota wydatków na refundację nie powinna przekroczyć 17% całości kwoty wydatkowanej na ochronę zdrowia. W ostatnich latach te wydatki są znacznie poniżej tego progu.

W związku z tym naszym zdaniem, gdyby payback miał być uruchamiany, to powinien być on uruchamiany dopiero wtedy, kiedy zostanie przekroczona kwota 17%, a nie wtedy, kiedy plan finansowy zostanie przekroczony. Jeżeli przyjrzymy się planom finansowym NFZ, to zauważymy, że one są dla branży farmaceutycznej bardzo oszczędne – tak bym powiedział, nazywając rzecz bardzo eufemistycznie. Myśmy nie dalej jak w zeszłym tygodniu uczestniczyli w dyskusji nad planem finansowym NFZ i zauważyliśmy, że wydatki na refundację apteczną są bardzo niskie. One przyrastają, praktycznie rzecz biorąc, o 0,9%, natomiast wszystkie inne grupy wydatków w planie finansowym rosną znacznie szybciej. W naszym przypadku jest to 0,9% i w tym 0,9% planowanego wzrostu jest jeszcze zaszyty wzrost wydatków na leki dla seniorów 75+. Tak naprawdę dowodzi to tego, że wydatki na refundację są na stałym poziomie. W związku z tym jeżeli spojrzymy jeszcze na odsetkowy plan finansowy – teraz mówię o refundacji aptecznej – to zauważymy, że w zeszłym roku stanowił on 11% całości planu finansowego NFZ, a w przyszłym roku będzie stanowić 10%. Czyli tak naprawdę jest to mniej. I jeszcze na to mamy mieć nałożony payback. To jest naprawdę… no, bardzo niewygodne, tak bym powiedział.

Może powinienem był zacząć od tego, że porównując system paybacku w Polsce do systemu w innych krajach europejskich, trzeba powiedzieć, że tak naprawdę payback ma zastosowanie w tych krajach europejskich, w których ustawa refundacyjna czy odpowiednik ustawy refundacyjnej nie jest efektywny. Tzn. że kiedy wydatki na refundację przekraczają określone plany, wtedy działa payback i działa on tak naprawdę jako mechanizm zastępujący obniżkę cen.

Polska ustawa refundacyjna jest ustawą, która implementuje wszystkie możliwe mechanizmy kontroli wydatków na refundację leków – podkreślam to – tam są wszystkie mechanizmy, jakie tylko można sobie wymarzyć. W związku z tym jest ona bardzo skuteczna dla płatnika. Najlepszym dowodem jest to, że wydatki cały czas, przez te lata od 2012 r., były trzymane w ryzach. Nigdy nie przekroczyły… daleko im było do przekroczenia 17%. W związku z tym do tej pory payback tak naprawdę nie musiał być stosowany.

Dlatego sądzimy, że sama ustawa refundacyjna jest bardzo dobrze skonstruowana, jeśli chodzi o płatnika, i nie wydaje nam się, żeby aż tak drakoński payback, jaki nam się proponuje w dużej nowelizacji ustawy refundacyjnej, musiał zostać zaimplementowany.

Już kończę, żeby państwa nie zagadać na śmierć. Po prostu uważamy, że najprościej… Tzn. oczywiście… Jakie rozwiązania są przez nas proponowane? Generalnie rzecz biorąc, najbardziej rozsądnym rozwiązaniem, które jest stosowane we Francji, w Belgii, jest takie oto rozwiązanie, że z paybacku są zwolnione leki generyczne. I to nam się wydaje rozwiązaniem bardzo sensownym, dlatego że wzrost wydatków na leki generyczne tak naprawdę *per saldo* spo-

woduje zmniejszenie wydatków na leki w ogóle, dlatego że refundowane są leki tylko tańsze. W związku z tym jest to rozwiązanie, które moim zdaniem można by rozważyć.

A jeżeli nie, jeżeli nie tego rodzaju rozwiązanie, to drugi z możliwych mechanizmów, które byłyby dla nas do zaakceptowania… Kiedy całość kwoty refundacji przekroczy ową magiczną barierę 17%, wtedy – tak uważam – powinien być uruchamiany payback. Potem z kolei grupa limitowa, molekuła etc., tzn. budżet apteczny, grupa limitowa i w końcu molekuła, i produkt, czyli po kolei przekroczenia… Wtedy rzeczywiście payback mógłby działać.

Oczywiście uważamy – jeszcze raz to powtórzę – że tylko i wyłącznie… Tzn. nie chcę nikogo szantażować, ale uważamy, że najrozsądniejszym rozwiązaniem byłoby to rozwiązanie, które obecnie obowiązuje, czyli 50% kwoty przekroczenia byłoby ewentualnie na barkach producentów, a nie całość, bo to przede wszystkim nas boli, jeśli chodzi o ten projekt.

No, oczywiście trzecia opcja jest taka, że już przekroczenie planu finansowego – to już gorzej, ale okej – ale cały czas 50/50… Jeżeli jednak żadna z tych propozycji nie byłaby możliwa do zastosowania, to utrzymanie obecnego systemu też by dla nas było korzystniejsze niż to, co się proponuje w dużej nowelizacji ustawy refundacyjnej.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Prezesie.

Proszę bardzo. Tylko proszę się przedstawić.

Manager do spraw Innowacji i Public Affairs w Biurze Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych „Infarma” Anna Kacprzyk:

Dzień dobry, witam państwa bardzo serdecznie.

Anna Kacprzyk, jestem reprezentantem Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych.

Bardzo dziękuję za możliwość uczestnictwa w tym spotkaniu. Ze swojej strony bardzo też dziękujemy za możliwość dyskusji na temat proponowanych zmian w dużej nowelizacji ustawy refundacyjnej w zakresie paybacku. Dziękujemy za możliwość dyskusji, zanim te zmiany zostaną uruchomione.

My również widzimy pewne niebezpieczeństwo wprowadzenia tych zmian w zakresie artykułu dotyczącego przepisu o paybacku, które pojawiły się we wcześniej dostępnej nam wersji dużej nowelizacji ustawy refundacyjnej. Istotne dla nas elementy, które byśmy wskazywali jako negatywne… Są to wymieniony tutaj chociażby moment uruchomienia paybacku po przekroczeniu budżetu tylko na tę część apteczną, a nie całego budżetu na refundację, właśnie to 100-procentowe przełożenie obowiązku w związku z przekroczeniem na stronę przemysłu… albo też podwójne obliczenie, stosowanie paybacku w przypadku tych firm, które wcześniej zastosowały już mechanizm obniżenia cen w ramach instrumentów dzielenia ryzyka.

Dlatego wydaje nam się, że bardzo ważne jest, żeby wspólnie zastanowić się, jak można by było wypracować taki mechanizm, który z jednej strony zapewniałby bezpieczeństwo płatnikowi, ale z drugiej strony uwzględniałby też potrzeby czy możliwości, czy obciążenia przemysłu farmaceutycznego. Dlatego bardzo dziękujemy za to, że możemy jeszcze dalej rozmawiać.

Zgłaszaliśmy się też do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o możliwość spotkania i właśnie pewnej merytorycznej dyskusji, już konkretnej, nad propozycją, wzorem, tak że też dziękujemy za zapowiedź i możliwość tego spotkania.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo za ten głos.

No, ja myślę, że to dzisiejsze spotkanie to jest właśnie… Nie będzie tu żadnych ustaleń, bo ustalenia będą w ministerstwie, ale chcemy właśnie usłyszeć państwa sugestie i dowiedzieć się, jak państwo ewentualnie to widzicie.

Mam pytanie do pana prezesa, bo pan prezes mówił właśnie o minusach tego systemu. Czy według pana wprowadzenie tego nieszczęsnego paybacku – mówię to teraz tak troszkę na wyrost – spowoduje to, że wielkie firmy farmaceutyczne wyprą te mniejsze firmy? Czy one będą w stanie poradzić sobie ewentualnie z zapłaceniem tego paybacku, a małe firmy raczej nie? Czy jest takie niebezpieczeństwo i czy coś takiego się wydarzyło już w krajach, które ten system wprowadziły?

Prezes Zarządu Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego Zdzisław Sabiłło:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze, za to pytanie.

Oczywiście, że tak. Tzn. odpowiedź na pytanie jest taka, że firmy, które są obecne na bardzo wielu rynkach światowych, czy duże koncerny farmaceutyczne mają znacznie łatwiej od firm krajowych. Gros naszej produkcji, gros sprzedawanych leków – które oczywiście też eksportujemy – jest na rynek krajowy. My dostarczamy duże ilości opakowań tanich leków. W związku z tym jeżeli payback uderzy w nas, to naturalnie będzie to bardziej ryzykowne dla nas, bo najzwyczajniej w świecie nie mamy gdzie kompensować sobie tych strat. Dlatego tego rodzaju sytuacja rzeczywiście jest dla nas groźna.

Na szczęście nie słyszeliśmy o takiej sytuacji, żeby payback jako taki spowodował bankructwo firm, ale jest realne ryzyko, że jeżeli rzeczywiście będzie hamowana produkcja, będą braki na rynku, to rentowność branży na pewno spadnie. To jest poza dyskusją. Na pewno tak.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Jestem przy głosie…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

A, jeszcze tylko jedno zdanie do pani minister.

Skąd ten pomysł, że państwo chcecie wprowadzić kolejne zabezpieczenie systemu refundacyjnego? Bo z tego,

co wiemy, wynika, że system w tej chwili chyba działa dość sprawnie i nie ma przekroczeń jako takich. Czy może pani dyrektor na to odpowie?

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala*: Przekażę głos pani dyrektor.)

Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia Izabela Obarska:

Szanowny Panie Przewodniczący!

Ten system też nie jest doskonały. To, że tak naprawdę nie wpadamy w payback, wynika też z wad, które występują w tym systemie. Jednak zdecydowanie zdajemy sobie sprawę z głosów sprzeciwu zarówno przemysłu generycznego, jak i przemysłu innowacyjnego. Każda z tych stron tak naprawdę zgłasza zastrzeżenia. Dlatego spotykamy się w takim składzie trójstronnym, razem… generalnie z twórcami, bo od początku…

Nie jest tajemnicą to, że twórcą w ogóle przepisów dotyczących paybacku – zarówno w poprzedniej ustawie refundacyjnej, jak i w tej nowelizacji – jest Centralne Biuro Antykorupcyjne, które współpracowało wcześniej z Ministerstwem Zdrowia. Ono od samego początku właśnie w przypadku tej ustawy refundacyjnej…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Payback jest, tak. On się nigdy nie ziścił de facto, jednak same te…

(*Głosy z sali*: Nigdy nie zadziałał.)

Mechanizm paybacku jeszcze nigdy nie zadziałał, jednak payback jako taki miał służyć przede wszystkim – rozmawiałam o tym z Centralnym Biurem Antykorupcyjnym – temu, żeby po prostu sztucznie nie zwiększać wartości refundacji, żeby nie napędzać tego rynku przez marketing, głównie działania marketingowe firm. W związku z tym to, że jest coś takiego jak payback, było pewnym naszym zabezpieczeniem.

Czy jest to kara, tak jak pan wcześniej powiedział, Panie Przewodniczący… No, generalnie miało to służyć właśnie temu, żeby karać firmy, które nakręcały refundację.

Zdajemy sobie sprawę z tego, że te przepisy również są niedoskonałe. Przede wszystkim są wątpliwości właśnie co do tego, od czego mamy naliczać payback, od jakiego planu finansowego. To jest bardzo ważne. Czy rzeczywiście 100% mają pokrywać producenci? Czy oni są w 100% odpowiedzialni za to, że następuje wzrost zużycia? My o tych wszystkich wątpliwościach wiemy i raz jeszcze pochylamy się nad tą ustawą i tymi zapisami. Mam nadzieję, że coś razem z CBA po prostu wypracujemy na tym spotkaniu, żeby – powiedzmy – nikt nie był stroną pokrzywdzoną, ale żeby też przede wszystkim budżet państwa miał zabezpieczenie w świadczeniach.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

No, budżet budżetem, ale myślę, że pacjenci nie powinni być pokrzywdzeni, bo jeżeli…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Nie, oczywiście.

Wiem, że macie państwo przygotowaną prezentację. Tak? To bym poprosił o przedstawienie…

Dyrektor Operacyjny Instytutu Arcana Karolina Skóra:

Witam państwa serdecznie. Nazywam Karolina Skóra i jestem przedstawicielem Instytutu Arcana.

Jesteśmy firmą analityczno-doradczą, przygotowujemy m.in. dossier refundacyjne dla firm innowacyjnych, współpracujemy z firmami generycznymi. Zdarzało nam się również pracować dla agencji oceny technologii medycznych. Tak że można powiedzieć, że nie jesteśmy bezpośrednio związani z którąś ze stron.

Chciałabym państwu przedstawić pewne – myślę, że większość już to wie, ale może nie wszyscy – podstawowe zasady paybacku. Mam dosłownie 5 slajdów. Mam nadzieję, że pozwoli to państwu potem podjąć efektywną dyskusję.

Podstawowym celem ustawowego paybacku jest utrzymanie dyscypliny budżetowej NFZ. Tym, na co warto zwrócić uwagę, jest to, że od 2011 r. budżet NFZ wzrósł z ok. 58 miliardów zł do 74 miliardów zł, a budżet na refundację był utrzymywany na niemal stałym poziomie. On się nieco zwiększył, ale jeśli popatrzymy na tę różnicę, to zauważymy, że wzrost budżetu na refundację jest stosunkowo niski. Założenie paybacku jest takie, że jeśli nastąpi przekroczenie budżetu na refundację, to firmy farmaceutyczne będą partycypować w pokrywaniu kwoty, o którą przekroczony został ten budżet. Dotyczy to produktów refundowanych w aptekach. Problemem czy też może tym, nad czym warto się zastanowić, jest to, że dotyczy to tylko refundacji aptecznej, a budżet na refundację obejmuje nie tylko refundację apteczną, lecz również programy lekowe i chemioterapię.

Tutaj pozwoliłam sobie zestawić wydatki NFZ na refundację w latach 2011–2016. Jeśli państwo popatrzycie na te fioletowe słupki… Zaraz pokażę państwu wskaźnikiem. Fioletowy słupek to refundacja apteczna. Na niebiesko mamy programy lekowe, na zielono chemioterapię. Te jaśniejsze słupki obok to planowany budżet na refundację.

W 2011 r. budżet na refundację wyniósł 10,9 miliarda zł. W 2016 r. wzrósł i wyniósł 11,6 miliarda zł. Ale moim zdaniem warto tutaj zwrócić uwagę na to, że jeśli chodzi o budżet na refundację apteczną, to jest on niższy niż w 2011 r., bo w 2016 r. wyniósł on 8,1 miliarda zł, a w 2011 r. – 8,8 miliarda zł. Tak że wzrost jest spowodowany przede wszystkim wzrostem wydatków na programy lekowe.

Tym, na co warto zwrócić uwagę na tym slajdzie, jeśli chodzi o plany budżetu NFZ i wykonanie – to, co mamy w ciemniejszych kolorach – jest to, że nigdy jeszcze nie został przekroczony plan budżetu NFZ w przypadku refundacji aptecznej. To są te jaśniejsze słupki, one zawsze są poniżej… Wykonanie zawsze jest poniżej planu. A payback dotyczy refundacji aptecznej.

Proszę zauważyć…

(*Głos z sali*: W 2012…)

…w 2011 r. wykonanie: 8,8 miliarda zł, plan: 8,8 miliarda zł, więc nie został przekroczony. W 2012 r. wykonanie: 6,8 miliarda zł, a w planie było 8,1 miliarda zł.

(*Głos z sali*: Te szare to są plany?)

Tak, te szare słupki to są plany.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Jest też kilka… Bo to nie jest tak, że… Musi wiele warunków zostać spełnionych w tym samym czasie, żeby payback w ogóle wystąpił. Po pierwsze, musi zostać przekroczony całkowity budżet NFZ. Po drugie, musi zostać przekroczony budżet na refundację właśnie produktów refundowanych w aptekach. Potem musi zostać przekroczona planowana kwota refundacji w danej grupie limitowej i jeszcze dynamika wzrostu w przypadku danego produktu w danej grupie limitowej powinna być wyższa niż w poprzednim roku. Tak że te wszystkie czynniki muszą wystąpić.

Są też pewne wyłączenia z paybacku. Te wyłączenia z paybacku dotyczą np. RSS opartego o efekty zdrowotne, czyli umowy o podziale ryzyka opartej o efekty zdrowotne w refundacji aptecznej. W poprzednim projekcie wszystkie produkty, w przypadku których zostały zaproponowane takie umowy podziału ryzyka – zwykle są to np. rabaty albo właśnie pewne paybacki indywidualne – były wyłączone z paybacku. W tym projekcie tylko te, które mają umowę podziału ryzyka opartą o efekty zdrowotne, co w refundacji aptecznej wydaje się mało realne i chyba się jeszcze nie zdarzyło… Nie wiem, może ministerstwo się wypowie, ale wydaje mi się, że nie zdarzył się jeszcze taki przypadek, żeby się pojawił RSS oparty o efekty zdrowotne w refundacji aptecznej.

Wysokość kwoty zwrotu jest wyliczana na podstawie tego zaawansowanego wzoru. To jest jeszcze wzór z aktualnej ustawy refundacyjnej, która obowiązuje. On się teraz nieco zmienił. Za chwilę pokrótce powiem, na czym polegają te zmiany.

Kwoty przekroczenia refundacji… Od czego w ogóle zależy ta wysokość? Przede wszystkim od tego, o ile zostanie przekroczona refundacja w danej grupie limitowej, od tego, jaki udział w całej grupie ma dany produkt, jaka jest cena tego produktu. Oczywiście im droższy względem podstawy limitu, tym wyższa będzie kwota zwrotu.

Istotne jest jeszcze to, że w projekcie ustawy – to właśnie już zostało wspominane wcześniej – zniknął współczynnik 0,5, który oznaczał, że ryzyko wystąpienia paybacku było dzielone pomiędzy firmy, przemysł a Narodowy Fundusz Zdrowia. No, teraz to znika, czyli całe ryzyko wystąpienia paybacku stoi po stronie przemysłu. Nie wiem, czy jest to dobre rozwiązanie.

Tutaj pozwoliłam sobie jeszcze zestawić podstawowe różnice i nowości w nowym projekcie ustawy refundacyjnej. Zmieniono wersje budżetu, które będą wykorzystywane do obliczeń. Zmieniono również wyłączenia z paybacku – chodzi o to, o czym już państwu przed chwilą powiedziałam – czyli produkty, w przypadku których zostaną zaproponowane RSS oparte o efekty zdrowotne, moim zdaniem fikcyjne, będą wyłączone… Okresy obliczania kwoty zwrotu będą kwartalne, a były roczne. Wzór się zmienił pod tym względem, że teraz ryzyko ponosi przemysł, nie jest już ono dzielone. Nowe produkty, które wejdą do refundacji będą – można powiedzieć – przez rok bezpieczne.

Główne problemy, o których – to tak na szybko – moim zdaniem warto by było podyskutować, to przede wszystkim to przerzucenie odpowiedzialności na przemysł, ponieważ… Nie wiem, być może teraz nie było paybacku dlatego, że jednak NFZ też był odpowiedzialny za pilnowanie budżetu. Jeśli NFZ nie będzie odpowiedzialny za pilnowanie swojego budżetu… Trudno, żeby przemysł odpowiadał np. za zwiększenie ordynacji lekarskich albo za wybuch jakiejś epidemii, albo za starzenie się społeczeństwa. Bo w tym momencie trochę tak to można interpretować.

Kolejna kwestia to moim zdaniem dyskryminacja leków w refundacji aptecznej w ogóle, ponieważ paybackowi podlega refundacja apteczna, a w budżecie na refundację jest nie tylko refundacja apteczna. Wzrosty przede wszystkim powodują… no, leki akurat nie z refundacji aptecznej.

Inne problemy, które mogą się pojawić, to problemy z dostępnością leków, związane np. z tym, że firmy będą ograniczać sprzedaż niektórych leków, bo będą bały się paybacku, szczególnie jakieś małe firmy, bo – jak podejrzewam – dużych firm innowacyjnych może to aż tak bardzo nie dotyczyć. Aczkolwiek pewnym problemem dla przemysłu może być to, że firmy nie będą mogły planować swojego biznesu, bo troszeczkę niepewne jest to, czy payback się pojawi, czy nie, i nie wiadomo, jaką kwotę będą musiały zwrócić.

Może się zdarzyć tak – hipotetycznie – że payback będzie karał producentów tanich leków o niskiej marży, jeśli ich sprzedaż za bardzo wzrośnie. W refundacji aptecznej jest akurat dużo tanich leków, które są stosowane w chorobach powszechnych.

Podwójny RSS. Tutaj chodzi mi o to, że producenci, którzy zaproponowali już RSS… A w przypadku większości producentów, którzy idą innowacyjną ścieżką, czyli przechodzą przez agencję, bardzo rzadko się zdarza, że nie jest proponowana żadna umowa podziału ryzyka, czy to w postaci nawet prostych rabatów, czy *cap*. Oni w efekcie będą płacić dwa razy, bo będą z jednej strony uzgadniać porozumienie podziału ryzyka z ministerstwem, a potem jeszcze będą płacić, jeśli zadziała payback, kolejną – można powiedzieć – daninę.

Inna rzecz to te RSS oparte o efekty zdrowotne, które moim zdaniem w refundacji aptecznej… W najbliższej przyszłości jest to zapis martwy.

Inną sprawą, którą też warto wziąć pod uwagę, jest to, że trudno właśnie karać firmy za to, że zmieni się epidemiologia, wzrośnie zachorowalność na jakąś chorobę czy społeczeństwo będzie się starzeć, szczególnie że NFZ nie będzie ponosił żadnej odpowiedzialności, więc pilnowanie tego nie będzie w jego interesie.

Co do liczenia kwartalnego, to też nie wiem, jaki był zamiar, jeśli chodzi o wprowadzenie liczenia kwartalnego. Mamy wrażenie, że może się zdarzyć tak, że w jednym kwartale, jeśli to będzie rozbite na kwartały, firma zapłaci payback, a jeśliby to było liczone rocznie i w kolejnym kwartale miałaby deficyt, to w ogóle nie byłoby tego paybacku. Ale może się mylę. Być może to też jest temat do dyskusji. Dziękuję bardzo. To tyle z mojej strony.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

A mnie wbrew pozorom pani uspokoiła, bo jak do tej pory on nie zadziałał… Myślę, że nie jest zamiarem wprowadzenie tego, żeby NFZ nie pilnował swojego budżetu.

Prawda, Pani Dyrektor? Pani chciałaby odpowiedzieć w paru zdaniach. Proszę bardzo.

Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia Izabela Obarska:

Czy moglibyśmy wrócić do slajdu dotyczącego wysokości planów finansowych w poszczególnych latach i wysokości refundacji? Na samym początku… To był chyba drugi slajd.

Tak się akurat składa, że ja przez 10 lat robiłam takie plany finansowe refundacji. I powiem szczerze, że to nie jest takie proste, dlatego że, począwszy od 2011 r., właściwie nie wiedzieliśmy, jak ustawić plan na refundację otwartą, czyli apteczną, jak dalece spadną ceny leków po negocjacjach, po wejściu w życie ustawy refundacyjnej. I to, że nie nastąpiło przekroczenie tych planów, nie zależało od tego, że to było stricte wycelowane w refundację apteczną. To nie tak. NFZ zawsze większość środków przerzuca na refundację apteczną, bo NFZ musi to płacić regularnie w 100%, nawet jeśli dojdzie do jakiegoś nadwykonania, bo zawsze aptece trzeba dwa razy w miesiącu zapłacić za refundację w 100%. Natomiast programy lekowe czy chemioterapia to nie są świadczenia wypłacane w 100% w nadwykonaniach. Zwykle za wszystkie leki płacono zawsze w 100%, ale za świadczenia płaciliśmy degresywnie, w roku następnym wynosiło to nawet 30%.

To nie jest tak, że my kalkulujemy, że mniej więcej takie będą plany. Zakładamy to, tak, ale refundację otwartą zawsze planowało się z naddatkiem, zwłaszcza na początku, dlatego że nie wiedzieliśmy tak naprawdę, jakie będą spadki cen. Dopiero później okazało się, że refundacja systematycznie wzrasta. Był moment odbicia po 2012 r., kiedy wysokość refundacji była niska, ale to było spowodowane głównie tym, że lekarze wystawiali recepty ze 100-procentową odpłatnością. I też nie byliśmy w stanie tego przewidzieć. W związku z tym jak to wszystko się unormowało i jak wszyscy tak naprawdę się przyzwyczaili do ustawy refundacyjnej, to refundacja otwarta sukcesywnie zaczęła rosnąć. Aczkolwiek oczywiście była na dużo niższym poziomie niż przed wejściem w życie ustawy refundacyjnej, ponieważ wyeliminowano, również właśnie za pomocą mechanizmu paybacku, który gdzieś tam był z tyłu w głowach w firmach farmaceutycznych, tę nadmierną preskrypcję.

Bo wiemy, co się działo wcześniej, jak były leki za grosz. Pacjenci przekraczali próg apteki, wyrzucali te leki do kosza i brali jakieś upominki, które były przeznaczone do tych leków. Tak to wyglądało. Na tę refundację apteczną w roku 2011 w ogóle nie można patrzeć, bo została ona sztucznie nakręcona również przed wejściem w życie ustawy refundacyjnej. Ostatni kwartał 2011 r. był w ogóle kwartałem rekordowym, jeśli chodzi o refundację, dlatego że wszyscy pacjenci pobiegli do aptek, myśląc, że po wejściu w życie ustawy refundacyjnej tych leków po prostu nie będzie. Więc w ogóle nie ma co porównywać do budżetu na refundację otwartą w roku 2011…

Tak jak mówiłam, fundusz również, planując… Musimy pamiętać, że tak naprawdę plany finansowe powstają latem poprzedniego roku. W NFZ nikt nie wie, jakie plany ma Ministerstwo Zdrowia, bo ono samo nie wiedziało, co 2 miesiące zmieniając obwieszczenia, jakie programy lekowe będą wchodziły, jakie firmy poskładają obniżki i jakie leki będą wchodziły i do programów, i do chemii, jak to będzie wyglądało. Te plany finansowe są ustalane w funduszu bardziej na zasadzie wróżenia ze szklanej kuli tak naprawdę, więc nie możemy się odnosić do tego, że – nie wiem – tutaj zaplanowaliśmy 8,8 miliona zł.

Nigdy tego nie przekroczyliśmy, bo zawsze polityka Ministerstwa Zdrowia była taka, że im więcej zaoszczędzimy na refundacji otwartej, na propozycjach obniżek składanych przez producentów, tym więcej leków innowacyjnych będziemy mogli wprowadzić do refundacji. Ale nikt po stronie NFZ na etapie planowania finansów nie był w stanie tego przewidzieć, bo nikt nie wiedział, co się stanie w roku następnym, jakie programy zostaną zakontraktowane przez płatnika publicznego. Więc to, że nie doszło do przekroczenia, o niczym nie świadczy. Plan finansowy… Ta informacja, że było zaplanowane 8,8 miliona zł, a nigdy tak się nie stało… To zupełnie o niczym nie świadczy, bo – tak jak mówiłam – to planowanie po prostu nie mogło być precyzyjne, ponieważ nie wiedzieliśmy, jakie będą obniżki, jakie programy lekowe będą wprowadzane. To z tego po prostu wynika.

Jeżeli mogłabym się jeszcze odnieść do tych niektórych wątpliwości, np. co do tego, dlaczego teraz będzie rozliczenie kwartalne… To rozliczenie kwartalne, jak zapewnia nas CBA, ma służyć wyłącznie temu, żeby były obliczenia matematyczne kwartalne. A jeśli chodzi o rozliczenie, to ma być wciąż rozliczenie roczne. Czyli zdaję sobie sprawę… Tzn. twórcy paybacku zdają sobie sprawę z tego, że jest sezonowość, i absolutnie nie chcą karać za sezonowość.

Jeśli chodzi o tę epidemiologię, no to umówmy się, że jednak w większości chorób przewlekłych ta epidemiologia nie wzrasta, wykrywalność nie wzrasta. Oczywiście mamy… Racja, jeżeli chodzi o starzejące się społeczeństwo i o ustawę 75+, która też rzeczywiście zwiększyła wysokość refundacji i zaczyna również podnosić limity w grupach limitowych. Ona oczywiście będzie mogła mieć bezpośredni wpływ na kwotę przekroczenia. Tutaj się zgodzę. Jednak jeżeli chodzi o epidemiologię, to nie sądzę…

Bo leki generyczne, które wchodzą tak naprawdę do grup limitowych, zdecydowanie obniżają koszty. I po to wchodzą te leki, żeby ten koszt obniżyć. Więc generalnie w naturalnym mechanizmie powinno być tak, że jeżeli wejdzie generyk, to kwoty przekroczenia w tej grupie limitowej nie będzie. No chyba że wciąż ten lek oryginalny będzie sztucznie napędzał sprzedaż. Bo generalnie lek generyczny powinien zastępować lek oryginalny i ten poziom powinien się wyrównać. Jeżeli będzie on wciąż wzrastał po wejściu generyków, które a priori obniża o 25% wydatki w tej grupie limitowej, tzn… Nie sądzę, żeby epidemiologia zwiększyła się o 25% w danej grupie limitowej. Czyli musi być gdzieś tam też jakiś mechanizm sztucznie napędzający wysokość refundacji.

No ale – tak jak powiedziałam – wiemy o tych wszystkich wątpliwościach i będziemy jeszcze raz po prostu ustalać ostateczny kształt tego paybacku.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pani dyrektor mówi tak przekonująco, że mnie przekonała.

Czy ktoś z państwa senatorów chciałby zabrać głos? Bo jesteśmy na posiedzeniu komisji senackiej.

Pan senator Grodzki. Proszę.

Senator Tomasz Grodzki:

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.

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

Muszę powiedzieć, że podoba mi się ta dyskusja, bo nie jesteśmy zobowiązani do podjęcia jakiejś wiążącej uchwały ani nie wisi nad nami jakaś szczególna presja czasowa, dlatego… Dla klinicysty, ale raczej operującego skalpelem, taka dyskusja jest niezwykle potrzebna i ciekawa. Tylko muszę państwu uświadomić – zarówno resortowi, jak i przedstawicielom przemysłu farmaceutycznego – że trochę niechcący państwo nas ustawiacie na pozycji obrońców pacjentów, co z przyjemnością robimy.

Bo w zasadzie z tych skomplikowanych obliczeń, z tego wszystkiego dla pacjenta wynika niewiele. Gdyby refundacja była wyższa – a jeżeli spojrzymy na lata 2015–2016, to zauważymy, że ona jest właściwie taka sama; pani dyrektor tego nie kwestionowała, więc zakładam, że tak jest – to, po pierwsze, ryzyko paybacku byłoby niższe, a po drugie, pacjenci mieliby korzyści, bo byłoby więcej refundacji. Więc i firmy farmaceutyczne byłyby zadowolone, i ministerstwo, nawet w podziale fifty/fifty.

Proponuję, żeby w dalszych dyskusjach – tak jak mówiłem, bardzo mi się podoba, że jest to niezwykle kreatywna i twórcza dyskusja – pomyśleć również o interesie pacjentów. Ponieważ cały ten mechanizm paybacku… – starałem się zaleźć jakieś słowo… chyba zwrotu – w tej formie jest pewnego rodzaju targiem, targowiskiem między resortem a przemysłem i NFZ jeszcze gdzieś tam z boku, ale nie ma istotnego wpływu na pacjentów.

Dlatego apeluję do państwa – ponieważ jest jeszcze trochę czasu, a resort zachowuje, że tak powiem, otwartą głowę – żeby pamiętać również o pacjentach. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Czy ktoś jeszcze z senatorów chciałby zabrać głos? Nie widzę chętnych.

A z państwa zaproszonych gości?

Proszę. Tylko proszę się przedstawić.

Zastępca Redaktora Naczelnego Magazynu „Świat Lekarza” Paweł Kruś:

Paweł Kruś, wydawca „Świata Lekarza”.

Mam do pani dyrektor pewne pytanie, bo jedno mnie… Chciałbym to po prostu zrozumieć. Według mnie jeśli CBA chce wprowadzać większą restrykcję i większą kontrolę, a w wyniku tego, że zniesie się współodpowiedzialność fifty/fifty, ta najgorsza z możliwych kar dla NFZ zostanie przez to samo CBA zniesiona… To dziwne, bo nie ma chyba czegoś bardziej dyscyplinującego niż tak potężna kara finansowa. Ale przyjmuję, że taki pomysł jest.

A teraz chciałbym zadać właściwe pytanie. Jaką pani widzi przewagę w tych proponowanych zmianach w stosunku do poprzednich warunków naliczania paybacku? Czy pani ją widzi?

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Pani Dyrektor.

Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia Izabela Obarska:

My teraz, po zmianie kierownictwa, od nowa przyglądamy się tej ustawie refundacyjnej, dostrzegamy i plusy, i minusy zapisów poprzedniego i obecnego. Natomiast to, wracając do poprzedniego pana pytania…

(*Zastępca Redaktora Naczelnego Magazynu „Świat Lekarza” Paweł Kruś*: To jest główne pytanie, bo tu mam wątpliwości…)

Czy widzimy plusy tego, tak?

(*Zastępca Redaktora Naczelnego Magazynu „Świat Lekarza” Paweł Kruś*: Tak. Poza tym…)

(*Głos z sali*: Co będzie lepsze?)

(*Zastępca Redaktora Naczelnego Magazynu „Świat Lekarza” Paweł Kruś*: No właśnie.)

Co będzie lepsze? Jeżeli ten payback w ogóle zadziała, to zasadnicza różnica będzie taka, że firmy w 100% poniosą koszty. Jednak to rozwiązanie było proponowane już na samym początku, wcześniej, w zapisach ustawy refundacyjnej. W drodze kompromisu ustalono 50%.

Co do epidemiologii, to – tak jak powiedziałam – jej wskaźniki rzeczywiście aż tak nie skaczą. To może zostać spowodowane właściwie w 100% przez mechanizmy marketingowe firm. I tutaj CBA nas uspokaja.

Czy jest jakaś przewaga? Ja w tej chwili… Poza tą różnicą trudno mówić o przewadze. Przewaga byłaby tylko taka, że rzeczywiście fundusz nie partycypowałby w kosztach przekroczenia. Jednak – tak jak mówiłam – nie widzę też takiego zagrożenia, żeby epidemiologia miała tak rosnąć z powodu naturalnych mechanizmów – jeżeli generyki miałyby wypierać leki innowacyjne w danej grupie limitowej i koszty miałyby się obniżać – i żeby doszło do tego przekroczenia.

(*Zastępca Redaktora Naczelnego Magazynu „Świat Lekarza” Paweł Kruś*: Jasne. Bardzo dziękuję.)

Proszę.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Jeszcze jeden głos. Proszę bardzo.

Wiceprezes Zarządu Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego Krzysztof Kopeć:

Dziękuję bardzo.

Krzysztof Kopeć, wiceprezes PZPPF.

Bardzo dziękuję za tę debatę. Tak jak mówili przedmówcy, ważne jest, żebyśmy rozmawiali na temat rozwiązań, które dopiero planujemy, i mogli przedyskutować to, jak one wyglądają z każdej perspektywy, tak żeby i ministerstwo, i NFZ, i firmy mogły wypowiedzieć swoje zdanie i skonsultować pomysł.

Bardzo mnie cieszy to, co mówiła pani dyrektor, bo nie wiem, czy państwo zwrócili uwagę na to, że pani dyrektor mówiła o planach funduszu, które są w pewien sposób jakimś tworzeniem… trochę wróżeniem z fusów, tak to było powiedziane. I w tym nowym wzorze także nawiązujemy do planu, który jest tworzony przez NFZ, i też jest trochę wróżeniem z fusów, zwłaszcza że wróżymy w lipcu tego roku… Teraz będzie tworzony plan na 2018 r. Czyli de facto NFZ też nie wie, co się stanie, i nie wie, jakie zmiany na rynku refundacyjnym zaplanuje Ministerstwo Zdrowia.

Więc rozumiem, że pani dyrektor zgadza się z nami, z naszymi wątpliwościami, po stronie przemysłu, że pewność naszego planowania biznesu jest zachwiana, bo nie wiemy, jak to będzie się kształtowało. Ten moment trzeba przemyśleć.

Padło też takie sformułowanie, że wchodzące na listę, generyki obniżają koszty. I to jest to, o czym mówił też pan prezes, że są kraje, gdzie świadomość tego, że konkurencja generyczna jest przyczyną najszybszych obniżek… Bo ja pamiętam lek – kiedy jeszcze pracowałem w ministerstwie – to był bodajże medikinet, już nie pamiętam dokładnie, który kosztował 126 zł niezależnie od dawki. To był lek stosowany w ADHD. Dosłownie w ciągu roku jego cena ze 126 zł spadła do 26 zł i tak jest do tej pory. I tego nie spowodowały żadne decyzje ministerstwa, tylko świadome wpuszczanie na rynek produktów generycznych, które były konkurencją. Ona najszybciej powoduje oszczędności. Wtedy, zamiast wydawać 126 zł w określonym budżecie, mogliśmy zwiększyć znacznie, jako ministerstwo, populację chorych, która była leczona. Czyli produkty generyczne same w sobie racjonalizują gospodarkę lekami.

Stąd nasz postulat… Kraje, które same posiadają przemysł generyczny, jak Francja czy Belgia, chociaż to mniej, potrafią akurat produkty generyczne – doceniając to, że obniżają one koszty refundacji, zgłasza aptecznej – wyłączyć z paybacku. Bo jest już oszczędność z samego ich funkcjonowania na rynku. Natomiast kraje, gdzie zupełnie nie ma takiego przemysłu… Nie wiem, ja bym na pewno nie chciał, żeby mój kraj szedł drogą Grecji. A tam jest właśnie tak, że przepisy są restrykcyjne i nie ma leków.

Bardzo mnie cieszy to, że ministerstwo analizuje te pomysły, zastanawia się i rozmawia z nami, bo to jest ważne. My widzimy pewne elementy planu, które nas niepokoją. Jednak rozumiemy też argumenty ministerstwa. Tylko w ramach dialogu możemy – tak jak mówił pan senator – wypracować coś, co będzie naprawdę efektywne dla systemu.

Jeszcze raz podkreślę, że leki generyczne same w sobie są już oszczędnością. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Jeszcze ostatni głos pani. Proszę bardzo.

Manager do spraw Innowacji i Public Affairs w Biurze Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych „Infarma” Anna Kacprzyk:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Proszę państwa, w odniesieniu do tego, co było powiedziane wcześniej… No, też cieszymy się – tak jak już mówiłam – że możemy dyskutować. Apelowalibyśmy, żeby wziąć też pod uwagę zapisy sprawozdania z ustawy refundacyjnej, w którego podsumowaniu wprost wskazano, że w zakresie mechanizmu payback powinny mieć miejsce jasność i precyzyjność przepisów… Jest to istotne dla przedsiębiorców, którzy powinni mieć możliwość samodzielnego ustalenia swojego udziału w kwocie przekroczenia, co może być dla nich potencjalnie dużym obciążeniem. No i fakt, że sam przepis powinien być precyzyjny i jasny do zastosowania oraz do wyliczenia…

Więc prośba i apel o to, żeby doprecyzować to, co jest możliwe, i raczej nie skłaniać się ku wariantowi 100-procentowego obciążenia strony przedsiębiorczej. Zwracalibyśmy uwagę również na to, żeby wszystkie podmioty na rynku traktować tak samo, żeby nie różnicować tego przepisu w zależności od tego, jakiej choroby to dotyczy, jakiego leku, jakiego producenta, tylko żeby przepisy po prostu były jednoznaczne dla wszystkich uczestników…

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Nie widzę więcej chętnych do zabrania głosu.

Proszę państwa, bardzo się cieszę, że mogliśmy o tym podyskutować. Tu się ścierają różne interesy. Myślę, że firmy innowacyjne mają inne interesy niż firmy produkujące leki generyczne. NFZ ma jeszcze inne priorytety. Ale myślę, że wszystko powinno się skupiać na tym, żeby była ewidentna korzyść właśnie dla pacjentów.

Myślę, że nasza dzisiejsza dyskusja jest wstępem do tego, co się odbędzie w ministerstwie. Tam zostanie wypracowany ostateczny kształt tej ustawy. Na pewno jeszcze będziemy o niej rozmawiać, jeżeli wróci do Senatu, ale myślę, że to był pierwszy krok do tej wspólnej naszej dyskusji, do tego kompromisu, którego właśnie dla dobra pacjenta trzeba szukać. Myślę, że Senat jest dobrym miejscem, żeby o tym porozmawiać.

Jeszcze raz serdecznie państwu dziękuję.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 17 minut 18)

Kancelaria Senatu
Opracowanie:
Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów
Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii