



SENAT RP

# ZAPIS STENOGRAFICZNY

---

---

---

**Posiedzenie**  
**Komisji Zdrowia (84.)**  
w dniu 11 grudnia 2018 r.

IX kadencja

---

Porządek obrad:

1. Informacja na temat sytuacji pacjentów chorych na marskość wątroby oczekujących na przeszczep wątroby i wprowadzenie programu lekowego – leczenie przewlekłej encefalopatii wątrobowej.

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 35)

(Posiedzeniu przewodniczą przewodniczący Waldemar Kraska oraz zastępca przewodniczącego Dorota Czudowska)

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dzień dobry państwu. Witam państwa w Senacie Rzeczypospolitej na osiemdziesiątym czwartym posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia.

Tematem dzisiejszego posiedzenia jest informacja na temat sytuacji pacjentów chorych na marskość wątroby oczekujących na przeszczep wątroby i wprowadzenie programu lekowego – leczenie przewlekłej encefalopatii wątrobowej.

Witam państwa senatorów i panią przewodniczącą. Witam pana ministra Macieja Miłkowskiego. Witam państwa, zaproszonych gości.

Szanowni Państwo, ja myślę, że temat jest bardzo ważny i warto się nad nim pochylić. Dlatego poprosiłem panią przewodniczącą, która jest niejako matką tego dzisiejszego posiedzenia komisji i to z jej inicjatywy ten temat będzie poruszany, o dalsze prowadzenie posiedzenia komisji.

Aczkolwiek chciałbym jeszcze państwu senatorom powiedzieć o pewnej kwestii porządkującej. Ponieważ zbliża się rozpatrywanie budżetu, w sekretariacie komisji jest do odebrania wersja papierowa projektu ustawy budżetowej, jeżeli chodzi o zakres... w zakresie ochrony zdrowia. A jeżeli państwo nie chcecie wersji papierowej, to wersja elektroniczna jest już wysłana i jest już w państwa skrzynkach.

Proszę, Pani Przewodnicząca, o prowadzenie posiedzenia.

(Przewodnictwo obrad obejmuje zastępca przewodniczącego Dorota Czudowska)

### **Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Ja również serdecznie państwa witam. Niektórzy przyjechali z bardzo daleka – tym bardziej witamy w Senacie.

Komisja Zdrowia, oprócz prac legislacyjnych, które są głównym tematem naszych posiedzeń, co jakiś czas na prośbę osób zainteresowanych wysłuchuje grup pacjentów lub grup zawodowych związanych z wykonywaniem zawodów medycznych, w sprawie najróżniejszych problemów, jakie mają te środowiska w związku z poszczególnymi chorobami. My mieliśmy już w tej kadencji kilka takich posiedzeń – wysłuchiwaliliśmy chorych i lekarzy zajmujących się

medycyną paliatywną, hematologią, leczeniem raka płuc, raka piersi, diagnostów radiologicznych. A dzisiaj chcielibyśmy wysłuchać państwa oceny w sprawie sytuacji pacjentów z chorobami hepatologicznymi i waszych próśb.

Dodatkowa informacja: nasze posiedzenia – jakkolwiek nie zawsze są na nich obecni wszyscy senatorowie, bo czasem się pewne posiedzenia komisji się dublują – są nagrywane, tak więc będzie można sobie nasze posiedzenie i wszystko to, co zostanie tu powiedziane, obejrzeć na stronach internetowych Senatu...

(Głos z sali: A teraz jest transmisja na żywo...)

Teraz jest transmisja na żywo, ale będzie można to wszystko sobie odtworzyć.

Nie wiem, jak państwo się umówili, kto pierwszy zabierze głos. Wiemy, że macie państwo prezentację. To bardzo prosimy. Pani... Ile mamy czasu przeznaczone?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

A więc proszę bardzo.

### **Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych Anatol Panasiuk:**

Może ja się przedstawię. Nazywam się Anatol Panasiuk, jestem lekarzem, profesorem w Klinice Chorób Zakaźnych Hepatologii. Na co dzień zajmuję się pacjentami, którzy cierpią na tego typu choroby. I chciałbym, Pani Przewodnicząca, Szanowni Państwo Senatorzy, Panie Ministrze, w imieniu lekarzy i w imieniu pacjentów bardzo podziękować za tę chwilę na wypowiedź, w czasie której będziemy mieli szansę przedstawić państwu problemem, z którymi borykamy się na co dzień w przypadku z tej grupy trudnych pacjentów.

Jeżeli państwo pozwolicie, mamy... Jesteśmy tu w 3 osoby, które... Tak naprawdę każdy z nas będzie mówił nieco innym głosem.

Ja bym rozpoczął prezentację tego zagadnienia w postaci multimedialnej.

Przepraszam, że jestem zmuszony siedzieć.

(Wypowiedzi poza mikrofonem)

Tak że przepraszam.

Mamy tu takie podsumowanie, monografię pt. „Encefalopatia wątrobowa” wydaną przez Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich przed dwoma laty na temat encefalopatii. Wielu specjalistów opracowywało ten temat,

w związku z tym mamy taką monografię, którą... Ona jest dostępna zarówno dla pacjentów, jak i dla lekarzy.

Główną przyczyną jest tu chora wątroba. Mamy dość pokaźną grupę pacjentów, którzy chorują przewlekle na choroby wątroby, te zaś w konsekwencji prowadzą do niewydolności tego narządu, a to z kolei powoduje, że substancje, które są generowane w organizmie, wytwarzane w przewodzie pokarmowym, nie są metabolizowane, detoksykowane przez wątrobę i w ostateczności uszkadzają funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego, co przekłada się na zaburzenie funkcjonowania takiego pacjenta i określane to jest jako encefalopatia wątrobowa.

Przyczyn tego jest bardzo dużo. Większość pacjentów z marskością wątroby dociera do lekarza zwykle w dość zaawansowanym stadium marskości wątroby, czasami już z encefalopatią wątrobową. Epizod, który wystąpi jako pierwszy, już dyskryminuje takiego pacjenta... Tzn. czas jego życia po takim pierwszym epizodzie ulega dramatycznemu skróceniu – wynosi około 2 lat. Statystycznie pacjent z marskością wątroby żyje około 10 lat, ale w rzeczywistości jest z tym to różnie, w zależności od dynamiki choroby. Czasami to są 2 lata od momentu rozpoznania, a czasami to jest bardzo długo. Ale przez większość tego czasu pacjent z marskością wątroby ma objawy encefalopatii, jest mniej bądź bardziej narażony... Im bardziej zaawansowana jest choroba, tym encefalopatia jest oczywiście bardziej groźna dla niego. Istnieje w marskości wątroby taki etap, który – właściwie niezależnie od tego, co byśmy podejmowali – powinien kończyć się przeszczepieniem narządu, bo to dopiero gwarantuje utrzymanie takiego pacjenta przy życiu.

Mamy różne skale oceny encefalopatii wątrobowej. Najczęściej używana skala oceny encefalopatii... Większość pacjentów jest w kategorii encefalopatii minimalnej, trudno wykrywalnej dla otoczenia, ale sam pacjent wie, czuje, że coś jest z nim nie tak. Kwestia reakcji na bodźce otoczenia to kwestia encefalopatii pierwszego stopnia albo drugiego stopnia. Dalej: potem jest już bardzo trudno odwracalna encefalopatia trzeciego stopnia, no i praktycznie nieodwracalna w stopniu czwartym.

Proszę państwa, to, co my sami możemy obserwować na co dzień, to jest kierowanie pojazdami przez osoby, które są chore, mają marskość wątroby i są na różnych etapach encefalopatii wątrobowej. Znamy bardzo dużo przypadków, bo to są ludzie nie... Oni w sile wieku metrykalnego, można powiedzieć, mają po 20, 40, 60 lat, pełnią różne funkcje zawodowe – są kierowcami tirów, obsługują żurawie na budowach... Tak że pod tym względem jest bardzo różnie. Ale ich stan mentalny pozostawia dużo do życzenia ze względu na tę chorobę, która jest chorobą postępującą. Czynnikiem wyzwalającym encefalopatię jest bardzo dużo, czasem wystarczy banalne przeziębienie na jesień i już mamy pacjenta, który będzie wymagał określonego traktowania. Występuje wydłużenie czasu reakcji na bodźce, zapomnianie, splątanie. Mamy pacjentów, którzy przyjeżdżają własnym samochodem, wchodzą do kliniki i gdy oznaczamy u nich stężenie amoniaku, to wychodzi około 400... Mają trzecią postać encefalopatii. A oni kierują samochodami, wracają... Czasami zdarzają się takie sytuacje, że w chwilach rozpaczki dzwonię do wydziału komunikacji i pytam... Bo ten pacjent podróżuje samo-

chodem, on jeździ, może więc trzeba wprowadzić pewne zasady, może ponownie zrobić jakieś badania profilaktyczne, sprawnościowe dla kierowców, może coś zastosować, ponieważ przecież tymi samymi drogami poruszamy się my, nasze rodziny, nasze dzieci. Nie jest to prawnie usankcjonowane, ale ci ludzie... No niestety, takie są objawy choroby. Oni jeszcze nie są kwalifikowani czy też nie spełnili jeszcze kryteriów kwalifikujących do przeszczepu wątroby, ale choroba istnieje.

Jest przygotowany program lekowy dla pacjentów z encefalopatią wątrobową, którzy powinni być odpowiednio traktowani farmakologicznie, żeby zmniejszyć stężenie amoniaku, czyli tej substancji aktywującej encefalopatię wątrobową, są kryteria wejścia, wyjścia, dawkowanie, określone badania w określonym czasie tego programu lekowego. Tak że jesteśmy do tego przygotowani, przedstawiliśmy to prezesowi AOTMiT. Rada Przejrzystości stwierdziła, że zasadne jest stosowanie takiego programu, takiego leczenia u takich pacjentów, jednakże minister zdrowia nie wziął pod uwagę stanowiska AOTMiT i wniosek o program lekowy został odsunięty.

Oczywiście istnieje wiele krajów, które akceptują taką terapię u swoich pacjentów. Mamy badania rejestracyjne dla ryfaksyminy, tego leku, który jest dedykowany w encefalopatii wątrobowej i co do którego w sposób jasny stwierdzono, że w 58% redukuje epizody encefalopatii wątrobowej, zmniejsza o połowę ryzyko hospitalizacji. Takie informacje mamy od 2010 r., próbujemy to przełożyć na nasze, polskie warunki. Zalecenia są bardzo silne. Europejskie i amerykańskie towarzystwa badań nad wątrobą zalecają tego typu postępowanie jako jedyne skuteczne na tym etapie choroby, ponieważ wtedy pacjent jeszcze nie wymaga transplantacji, przeszczepienia wątroby, ale w jakiś sposób powinniśmy z nim postępować i leczyć go. Wiele krajów, zaczynając od Kanady, Stanów Zjednoczonych, ale również wiele krajów w Europie realizuje takie programy dla grup pacjentów z encefalopatią wątrobową i tam jest 100-procentowa refundacja tego leku, leczenia, terapii dla pacjentów.

Ale jest też problem horyzontu czasowego w przypadku zastosowania takiego programu lekowego. Oczywiście w tej grupie pacjentów horyzont czasowy nie jest możliwy do ustalenia ze względu na to, że dynamika przebiegu choroby, jej charakter mogą być bardzo różne. W związku z tym terapia... Pacjent z nawracającą encefalopatią wątrobową może być i przez 5 lat. Tak że nie możemy ustalić na sztywno, jak długo powinien trwać program.

Założenia programu są następujące: po spełnieniu kryteriów włączających pacjent jest w programie przez 96 tygodni, następnie program jest kończony. Ale pacjent może wrócić wielokrotnie do programu w razie pojawienia się kolejnego epizodu encefalopatii wątrobowej, aż do przeszczepu wątroby – bądź też, niestety, nie, bo może też umrzeć. Takie sytuacje się zdarzają, powie o tym za moment pan prof. Małkowski.

Wnioski z metaanaliz, z badań wieloośrodkowych są jednoznaczne: to leczenie redukuje śmiertelność pacjentów z encefalopatią wątrobową, pacjenci, którzy otrzymują ryfaksyminę, mają też mniejsze ryzyko zgonu w trakcie... to znaczy wydłużamy również przeżycie tych pacjentów. Ponadto, proszę państwa, w przypadku pacjentów, którzy

otrzymują leczenie, jest znacznie zredukowane ryzyko kolizji podczas jazdy – oni rzadziej jadą pod prąd, rzadziej przekraczają prędkość, szybciej reagują na zagrożenia na drodze. Bo niestety taka jest rzeczywistość, często są takie sytuacje, że doszło do wypadku, a przyczyna jest nieznana. No a możemy ewentualnie wziąć pod uwagę choroby, które doprowadziły do określonej dysfunkcji u kierowcy.

Proszę państwa, nie mieliśmy dotychczas własnych doświadczeń z leczeniem, ze stosowaniem tego preparatu, dlatego też zainicjowałem taki program – nazwaliśmy go HepPol, z Polską w nazwie – w ramach którego postanowiliśmy przeanalizować efekty leczenia, stosując przez pół roku taką terapię. Wprowadzono do niego, zgodnie z założeniem, 60 osób, które miały encefalopatię wątrobową. Czas terapii to 24 tygodnie, po zakończonym leczeniu jest jeszcze 12-tygodniowy okres obserwacyjny. Wszyscy pacjenci, którzy mieli na wejściu objawy encefalopatii wątrobowej, to były osoby dorosłe. W programie uczestniczyło 6 ośrodków klinicznych z całej Polski, w tych ośrodkach były rekrutowane te osoby i było prowadzone leczenie. Zwróciliśmy się do firmy z prośbą o pomoc w przeprowadzeniu takiego badania i uzyskaliśmy dla każdego pacjenta nieodpłatnie po 6 opakowań leku, który w Polsce tak naprawdę jest niedostępny. Jest zarejestrowany, ale jest on niedostępny dla pacjentów z powodów cenowych, bo ta terapia jest kosztowna i pacjenci tak naprawdę nie są w stanie samodzielnie, w ramach własnego budżetu, zafundować sobie takiej terapii.

Podsumowując... A, może omówię jeszcze grupę pacjentów. W tej grupie 30% pacjentów oczekiwało na przeszczepienie wątroby, 70% jeszcze takiego statusu nie uzyskało. W znacznej większości byli po pierwszym epizodzie, poszczególne osoby miały po dwa, trzy, cztery... Osoby po szóstym epizodzie była to już mała grupka osób. Proszę zwrócić uwagę na to, jakie efekty tego leczenia zaobserwowaliśmy. Otóż zredukowaliśmy 10-krotnie liczbę nieplanowanych hospitalizacji. Nieplanowane hospitalizacje to takie, gdy doszło do nagłej dekomensacji wątroby. Były planowane hospitalizacje, np. obliteracja żyłaków przełyku czy też były jakieś inne powody, było też kontynuowanie kwalifikacji do transplantacji wątroby, niemniej jednak konieczność tych nieprzewidywalnych hospitalizacji zdecydowanie zredukowaliśmy. To, co jest bardzo ważne, to jest to, że w trakcie 24-tygodniowej terapii – ale również w okresie *follow-up*, czyli 12 tygodni bez terapii – zredukowaliśmy amoniak i obserwowaliśmy dalszy postępujący spadek stężenia amoniaku, który jest tym sprawczym związkiem doprowadzającym do obrzęku mózgu i do dysfunkcji mózgu. Zmniejszało się również stężenie bilirubiny – a bilirubina jest bardzo czułym wskaźnikiem detoksykacyjnym, określającym funkcję detoksykacyjną wątroby. Tak że jej stężenie również bardzo ładnie się zmniejszało, nawet po zakończeniu leczenia. Tak samo zmniejszały się w czasie terapii pewne cechy uszkodzenia wątroby. Proszę państwa, średnia punktacja, jeżeli chodzi o encefalopatię, zmniejszyła się dwukrotnie – na starcie było 1,4, a po trzydziestym siódmym tygodniu było 0,7. Największe skutki, efekty pozytywne obserwowaliśmy w grupie pacjentów z dość wyraźną encefalopatią, czyli stopnia drugiego, bo na starcie, w punkcie zero, 44% pacjentów miało encefalopatię

stopnia drugiego, a po trzydziestym szóstym tygodniu spadek był bardzo, bardzo wyraźny, spektakularny. Poprawiła się jakość życia tych pacjentów. Ci pacjenci już lepiej siebie postrzegali, potrafili więcej przejść, potrafili bardziej cieszyć się z życia. Branych było pod uwagę bardzo dużo różnych parametrów, ale nie będę o nich opowiadał, bo na tym etapie nie chciałbym państwu zabierać czasu. Wniosek jest jednoznaczny: poza tym że zmniejszyliśmy koszt leczenia takiego pacjenta ponoszone przez system w szpitalach publicznych, czyli zmniejszyliśmy ilość hospitalizacji, to również poprawiliśmy jakość jego życia. A to była tylko 24-tygodniowa terapia. Tak że to jest tylko początek tego, co chcielibyśmy zaproponować tej grupie pacjentów.

Podsumowując... Właściwie wszystko, co mówiłem, jest właściwie podsumowaniem. Encefalopatia dramatycznie skraca czas życia pacjenta, a jedyne leczenie polega na utrzymaniu pacjenta przy życiu jak najdłużej, tak żeby ten pacjent dotrwał do czasu, kiedy będzie mu przeszczepiona wątroba. Zdarzają się również takie sytuacje, że stan pacjenta poprawia się na tyle, że zostaje odroczone czas transplantacji wątroby, bo zasada jest tu taka, że pacjent powinien jak najdłużej żyć z własną funkcjonującą wątrobą, jako że leczenie immunosupresyjne oczywiście okrutnie dużo kosztuje.

Bardzo dziękuję państwu za uwagę.

Piotrze...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

### **Prezes Zarządu Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego Piotr Małkowski:**

Dzień dobry państwu. Nazywam się Małkowski, jestem chirurgiem, więc będę starał się mówić dość krótko i prostymi słowami, tak żeby sam rozumiał to, co mówię. Jestem prezesem Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego i pracuję w jednej z warszawskich klinik naszego uniwersytetu, w klinice, która przeszczepia wątrobę.

Co codziennie rano, gdy włączymy telewizję, słyszymy, ile to osób zginęło w dniu poprzednim, bo ktoś się upił, bo ktoś tam jechał pod prąd – nie wiem, czy z powodu encefalopatii – w każdym razie jesteśmy epatowani tymi informacjami. Tu przypomnę, że rocznie w wypadkach komunikacyjnych ginie nieco ponad 3 tysiące ludzi, jest tu tendencja zmniejszająca się. A, jak państwo widzicie na planszy, roczna liczba zgonów z powodu przewlekłych chorób wątroby przekracza 6 tysięcy, jednak ani razu nie słyszałem w telewizji informacji, że kolejny chory zmarł z powodu niewydolności wątroby, bo np. nie ma skutecznych leków przeciwko encefalopatii. Można oszacować, że około 10 tysięcy chorych w Polsce rocznie ma objawy zaawansowanej niewydolności wątroby. No, różne są wyliczenia... Nasz kraj nie jest mistrzem świata w badaniach epidemiologicznych, więc niektóre kalkulacje są, powiedziałbym, intuicyjne. W każdym razie oceniane jest, że ponad 2 tysiące chorych z powodu – no, nie tylko z powodu, ale z bardzo jawnymi objawami encefalopatii... Jak powiedział pan profesor, jeżeli encefalopatia pojawi się choć raz, to długość życia chorego z takimi objawami z powodu niewydolności wątroby nie przekracza 2, 3 lat.

Trzeba więc przyjąć, że ten pierwszy epizod encefalopatii jest dość istotnym symptomem, który powinien lekarzom bardzo wyraźnie wskazywać konieczność leczenia. Propozycje w tej sprawie były już składane. O AOTMiT już nie wspomnę, choć, tak jak pan profesor powiedział, ta agencja za zasadne uznała... Ale wiemy, jakie były dalsze konsekwencje.

Rocznie umiera około 30 chorych z listy oczekujących na przeszczepienia wątroby, czyli około 5%. Proszę pamiętać te liczby: 6 tysięcy zgonów z powodu niewydolności wątroby, około 10 tysięcy chorych rocznie z zaawansowaną niewydolnością wątroby. Ten rok był szczęśliwy, bo było ponad 300 przeszczepień. Liczba przeszczepień troszeczkę teraz spadła, więc możemy mówić, że oscylujemy wokół 300 przeszczepień rocznie. A więc proszę zobaczyć, jaka jest dysproporcja. Wszyscy mówią: przeszczepimy, jak już będzie źle. Tylko że u jakiego odsetka chorych, którzy potencjalnie mogliby wymagać takiego leczenia, zrobimy ten przeszczep?

Na liście oczekujących aktualnie, za 2017 r... Na liście aktywnych jest 150 osób, ale łączna lista obejmuje ponad 600, a przeszczepień – proszę, to są dane za rok 2018, bez listopada i grudnia – było 240. Pewnie z kłopotami dobiejemy do 300 przeszczepień rocznie. A krajowa lista zmienia się z tygodnia na tydzień, przybywa chorych. Niestety, jak już wspominałem, troszkę chorych też ubywa, bo czasem jest tak, że nie mogą doczekać przeszczepienia.

Nie będę tu już mówił o AOTMiT, bo to było powiedziane. Rozmawiałem kilkakrotnie z wiceministrami, którzy odpowiadali za to, i pytałem, dlaczego nie uwzględniono opinii, które napisaliśmy, opinii towarzystw. Dostawaliśmy wymijające odpowiedzi. Ja przez cały czas tłumaczyłem wielu wiceministrom, że oni są wiceministrami i ministrami zdrowia, a nie ministrami finansów, i że to jest oczywiście zupełnie inna bajka. Ja wiem, że środki są ograniczone, zresztą w każdym kraju środków jest za mało względem potrzeb, nawet jeśli jest ich wielokrotnie więcej niż w naszym kraju, ale trzeba to rozgraniczyć. Skoro dane rekomendacje są uznawane przez cały świat, to chyba trudno się wymigiwać i posługiwać odpowiedziami takimi nie do końca racjonalnymi.

Teraz pokazuję ten proponowany schemat postępowania, ale nie będę o nim mówił. FDA w Ameryce w 2010 r. uznała tę terapię, tu jest lista organizacji, które też uznały tę terapię za skuteczną.

*Cost-effectiveness.* To nie chodzi tylko o to, że możemy uniknąć przeszczepienia wątroby. Ja chciałbym zobrazować państwu jedno. W naszym Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus dzień pobytu kosztuje 900 zł. Obok jest Marriott, więc ja proponowałem już to, żeby zrobić tam pomost, bo jakbyśmy z dyrekcją wynegocjowali pobyt tam za 400 zł, to moglibyśmy przemocować naszych pacjentów w Marriottcie. A przyjmowanie tego leku, mówię o ryfaksyminie, w warunkach domowych ograniczy hospitalizację, tak że zamiast 2-, 3-, 4-tygodniowej hospitalizacji chorego z niewydolnością wątroby chory ten będzie mógł być leczony w domu. Jeżeli 10 czy 20 dni pomnoży się przez 900 zł, to będzie widać, że nie trzeba wracać do kosztów przeszczepienia wątroby, bo wystarczy policzyć te podstawowe koszty. Ale AOTMiT – przepraszam, że to mówię – nie jest

mistrzem świata w naliczeniu *cost-effectiveness* w naszym kraju ze względu na to, że nie bierze się pod uwagę różnych elementów, tj. i absencji w pracy, i długich zwolnień, rent itd. W każdym razie efektywność kosztowa przyjmowania wspomnianego leku i tej terapii w encefalopatii została uznana we Włoszech, we Francji, w Szwecji, w Holandii, w Wielkiej Brytanii – która, jak wiemy, jest bardzo znana ze znacznej oszczędności. Uznano, że efektywność kosztowa jest wysoka i opłacalne jest stosowanie tej terapii.

Jak już było powiedziane, chodzi tu o istotny problem zdrowotny w naszym kraju, bo dotyczący dużej liczby pacjentów w skali roku. Było już powiedziane, że pacjenci nie bardzo mogą finansować leczenie prywatnie, ze względu na dość wysokie koszty. I oczywiście wiadomo, że stosowanie ryfaksyminy wydłuża życie u chorych. Ja pokazuję tu wyniki przeszczepiania wątroby. Przeszczepianie wątroby w Polsce od dawców żywych daje lepsze wyniki – 75, od dawców zmarłych – 57. Z przeżyciem 15 lat. Bo nie mówi się już o przeżyciach 5-letnich, ale mówi się o przeżyciach 15- i 20-letnich. My pierwsze udane przeszczepienie u dorosłego wykonaliśmy w 1994 r., ta pacjentka żyje do dziś i uszczęśliwia nas rokrocznie tortami własnej produkcji. A więc wynik przeszczepiania jest, powiedziałbym, doskonały. Mamy w naszym kraju lepsze wyniki przeszczepiania wątroby niż wyniki przedstawione przez ELTR, czyli przez europejskie stowarzyszenie skupiające wszystkie ośrodki europejskie. Ale żeby ci pacjenci mogli skorzystać z tego dobrego leczenia... Bo pamiętajmy, że pacjenci w Polsce, którzy przeżywają 15 lat w odsetku 50–60%, bez przeszczepienia wątroby umarliby w ciągu 2, najpóźniej 3 lat. A dobrze by było, gdyby jednak można było zastosować u nich tę terapię w okresie oczekiwania na przeszczepienie wątroby, tak żeby ci wszyscy pacjenci mogli z tego skorzystać. Ja już nie mówię o pewnych ambicjach nas, hepatologów, by ta terapia obejmowała nie tylko tych, którzy czekają na przeszczepienie wątroby, ale żeby dotyczyła również wszystkich pacjentów z niewydolnością wątroby, u których doszło do incydentów encefalopatii. Dziękuję bardzo.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

### **Prezes Zarządu Fundacji „Gwiazda Nadziei” Barbara Pepke:**

Dzień dobry, witam państwa bardzo serdecznie. Ja reprezentuję organizację pacjencką, Fundację „Gwiazda Nadziei”, oraz Koalicję Hepatologiczną skupiającą 5 organizacji pacjenckich, których głównym celem jest pomoc osobom z chorobami wątroby. A a więc u nas też jest wielu pacjentów, którzy borykają się z encefalopatią. Tu widzą państwo wymienione organizacje, które są skupione w Koalicji Hepatologicznej i które są również zmar-twione tym, z czym borykają się nasi podopieczni.

Nie będę może powtarzała tutaj za panami profesorami tych wszystkich faktów o tym, że w 2015 r. był złożony wniosek o refundację ryfaksyminy, że była pozytywna opinia Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, że pan prezes wydał pozytywne rekomendacje. Tutaj na dowód tego są skany dokumentacji, pozytywna opinia kon-

sultanta krajowego. Chciałam może uzmysłowić państwu tylko pewne podstawowe sprawy. Otóż program leczenia encefalopatii był procedowany w okresie, kiedy był najniższy odsetek pozytywnych decyzji refundacyjnych Ministerstwa Zdrowia. My więc w tym upatrujemy odpowiedzi, być może po prostu w złym czasie był ten wniosek oceniany. Niestety, w 2017 r. program otrzymał negatywne opinie co do finansowania, odmowę Ministerstwa Zdrowia. Organizacje pacjenckie, Koalicja Hepatologiczna, towarzystwa naukowe, obecny tu prezes Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego, pan prof. Małkowski, my wszyscy zwracaliśmy się z prośbą do Ministerstwa Zdrowia, do decydentów, aby uzmysłowić im, że to nie jest dobra decyzja, że ten lek jest bardzo potrzebny. Proszę nam wierzyć, że nasi pacjenci, podopieczni, to są często ofiary wirusowych zapaleń wątroby, na których leczenie w naszym systemie wydaje się ponad 400 milionów zł. To jest ogromna kwota. W Polsce realizowanie programu leczenia wirusowego zapalenia wątroby odbywa się, uważam, prawie wzorcowo – likwidujemy kolejki i oczekiwanie na leczenie, pozbywamy się wspaniale HCV, głównego sprawcy marskości wątroby – ale nie wszyscy pacjenci wyleczeni z wirusowego zapalenia wątroby mogą zapomnieć o poradni hepatologicznej, bo właśnie np. ci z encefalopatią muszą się jeszcze z tym borykać. To są często osoby tak już, że tak powiem, zniszczone wirusowym zapaleniem wątroby, że nie są w stanie zarabiać wielu tysięcy złotych miesięcznie, aby móc pójść do apteki i wykupić sobie lek, który pozwalałby im funkcjonować, a który aktualnie kosztuje naszego podopiecznego około 1 tysiąca zł. Jak tutaj mówiliśmy z profesorami, mamy pacjentów, którzy np. są operatorami dźwigów – jeżeli taki pacjent nie otrzymuje tego leku, a zaczyna operować takim urządzeniem, to proszę sobie wyobrazić, jak łatwo o tragedię. Nie możemy jednak zabronić im wykonywania pracy i prowadzenia pojazdów, mimo że ja jako prezes fundacji, która ma takich podopiecznych, najchętniej bym to zrobiła, bo po prostu boję się nie tylko o ich życie, ale i o ich bliskich. Obserwowaliśmy pacjentów, którzy mogli przyjmować ten lek w pilotażowym programie i proszę mi wierzyć, że był w tej sprawie bardzo pozytywny oddźwięk. Ci, którzy mogli otrzymać ten lek i spróbować, jak się żyje, mając znów świadomość, jak gdyby jaśniejszy umysł – bo oni tak to określają...

Koszt tego programu może wynieść maksymalnie 10 milionów zł rocznie. A na leczenie wirusowego zapalenia wątroby wydajemy 400 milionów. Wydaje nam się więc, że to nie są środki, których nie jesteśmy w stanie znaleźć w naszym budżecie po to, aby uratować życie wielu pacjentom. A tylko w 2017 r. zmarło w naszym kraju 30 osób oczekujących na przeszczepienie wątroby.

Może jeszcze przekażemy państwu wśród wydrukowanych materiałów skany tych wszystkich dokumentów, wystąpień organizacji pacjenckich, w których apelowano... Szukaliśmy zrozumienia u pana ministra zdrowia, u pani premier Beaty Szydło, a dziś zwracamy się do państwa, aby państwa prosić o wsparcie, o poparcie naszego apelu, bo wydaje nam się – zwłaszcza gdy widzi się wrażliwość Ministerstwa Zdrowia na to, z czym borykają się pacjenci – że sytuacja nie jest jeszcze stracona i że na pewno mo-

żemy pomóc wielu pacjentom. Ten lek jest refundowany w wielu innych krajach europejskich. Ja bym sobie życzyła, żeby zastanowiono się, czy być może w Polsce, po bardzo skutecznych negocjacjach... A ja przekonuję się o tym, że Ministerstwo Zdrowia naprawdę potrafi wywalczyć dla pacjentów niejedną terapię i polscy pacjenci, przynajmniej ci z wirusowym zapaleniem wątroby, mają wspaniały dostęp do leczenia najnowszymi lekami bez ograniczeń. Dlatego również wierzę w to, że i w przypadku encefalopatii znajdzie się taka ścieżka.

Jeszcze raz w imieniu pacjentów bardzo, bardzo proszę o poparcie refundacji tego programu. Dziękuję bardzo.

Być może jeszcze dwa słowa...

*(Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska: No właśnie, no właśnie.)*

Jeżeli można, to proszę jeszcze pozwolić powiedzieć dwa słowa pani Magdzie Kozuchowskiej, pacjentce, która zakładała kilka organizacji pacjenckich i później przy niejednym łóżku szpitalnym pomagała innym pacjentom. Pani Magda może opowiedzieć, jak się czuje człowiek, który, mając encefalopatię, nie mógł jeszcze zażywać tego leku.

### **Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:**

Tak, chcielibyśmy, wraz z panem przewodniczącym, zaproponować, żeby pani powiedziała teraz kilka słów.

### **Pani Magdalena Sroczyńska-Kozuchowska:**

Ja chcę nawiązać do tego, co już państwo usłyszeli. Ponumerowałam sobie notatki, tak że będę je podglądać, chociaż zwykle mówię bez podglądania.

Tak jak powiedział prof. Małkowski, podstawowym zadaniem pacjenta, który czeka na transplantację, jest dożyć do tej transplantacji, a ja zapewniam, że to nie jest proste – przerabiałam to na własnej skórze. Pan doktor Panasiuk powiedział tutaj, że bardzo ważna jest jakość życia takich ludzi, to, żeby pacjent wiedział, jak sam siebie odbiera, czy jest mu lepiej, czy jest mu gorzej po tym leku, o który walczymy. Otóż wydaje mi się, że ważne jest nie tylko to, jak pacjent sam siebie ocenia, jak sam ocenia swoją jakość życia – ja zaraz opowiem o tym, jak ja to oceniałam – ale też równie ważne jest to, jak inni pacjenta odbierają. I tutaj właśnie chcę wrócić do przykładu własnej osoby. Otóż jeżeli przechodzi się encefalopatię, ma się bardzo chorą wątrobę, to po człowieku nie pływa krew, tylko błoto. To błoto wpływa także do rozumku i ten rozumek działa wtedy naprawdę straszliwie, tzn. mówi się bardzo bełkotliwie i niewyraźnie – co oczywiście w polskim środowisku oznacza pijaka – człowiek nie myśli wtedy rozsądnie, jest mało przytomny, więc potrafi się zatoczyć, potrafi krzywo zapiąć guziki... Wszyscy w okolicy traktują go jak ciężki przypadek pijaka. O tym, jak Polacy potrafią zachować się wobec pijaka, to niestety wszyscy wiemy. A tu ciężko chory człowiek, który naprawdę marzy tylko o tym, żeby dożyć do transplantacji, traktowany jest jak śmieć. To jest wykluczenie społeczne, tylko dlatego, że nie możemy mu pomóc, dając lekarstwo. A ci pacjenci, którym udało się pomóc, mówią: Matko Boska, to jest różnica jak niebo

a ziemia, ja zupełnie inaczej się czuję! Moje dzieci, gdy byłam tuż po transplantacji, powiedziały: Mamo, ty masz białe oczy, a nie żółte, i mówisz normalnie! Ja zaś w ogóle nie zdawałam sobie sprawy z tego, że ja wcześniej mówiłam nienormalnie. Normalnie mówię szybko, a wtedy musiałam mówić bardzo nienormalnie i kompletnie nie zdawałam sobie z tego sprawy – bo tak działa encefalopatia. Ratujmy tych ludzi!

**Zastępca Przewodniczącego  
Dorota Czudowska:**

Dziękujemy bardzo.

Prosimy teraz pana ministra o ustosunkowanie się do tych wszystkich wypowiedzi.

**Podsekretarz Stanu  
w Ministerstwie Zdrowia  
Maciej Milkowski:**

Dziękuję bardzo za zaproszenie.

Chciałbym powiedzieć na wstępie, że w ministerstwie... Parę spraw. Ten wniosek miał negatywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, tak że... Sprawdzaliśmy to jeszcze i nadal... Tak że jest ona negatywna. W związku z tym nie jest tak dobrze. Pomimo to był on analizowany wraz z zespołem Komisji Ekonomicznej, ale strony Komisji Ekonomicznej i producenta nie doszły do porozumienia co do ceny. I na dzień dzisiejszy została wydana decyzja negatywna. To było 2 lata temu. Na dzień dzisiejszy ten lek jest zawieszony przez producenta w procesie negocjacyjnym. Sprawa jest w odwołaniu i lek jest zawieszony. W związku z tym nie można tego procedować, ponieważ formalnie tylko na wniosek strony można kontynuować.

Jeśli chodzi o sytuację ogólną... Bo państwo tu mówią, że pieniądze nie są ważne, a to nie jest tak, bo my w systemie ochrony zdrowia dysponujemy tylko takimi pieniędzmi, jakie posiadamy. To nie jest tak, że możemy mieć nieograniczone środki finansowe. Budżet dysponuje konkretnie określoną sumą pieniędzy i ta suma rokrocznie jest wydawana. W polskim systemie nie ma czegoś takiego, że sektor ochrony zdrowia zwraca pieniądze na rzecz budżetu państwa, że oszczędza i przekazuje je z powrotem na inne cele. Zawsze 100% świadczeń jest zapłaconych, ten budżet jest wydatkowany na bardzo różne terapie, począwszy od podstawowej opieki zdrowotnej, przez specjalistykę, lecznictwo szpitalne, jak również leki. To nie jest tak, że to jest jedyny program, który byłby w Polsce, ponieważ mamy do czynienia z całą paletą świadczeń, które finansujemy. Czyli wszystko jest finansowane, nawet... Panowie Profesorowie, to nie jest tak, że są oddziały... Państwo pracują i ta praca też jest finansowana. Te oddziały... Narodowy Fundusz Zdrowia płaci i za porady, i hospitalizacje, jak również wiele leków jest finansowanych. Tak że to nie jest prawda, że nic nie ma.

I ewentualnie pytanie takie, bo... Czy byłyby dodatkowe terapie? No, dodatkowe terapie co chwilę wchodzi

na każdą listę. Co 2 miesiące są uwzględniane dodatkowe terapie, w ramach możliwości finansowych płatnika. I tak było cały czas. Zresztą ilość programów lekowych rokrocznie znacząco wzrasta, wzrost wartości programów lekowych wynosi średnio powyżej 10% rocznie, podczas gdy wzrost w zakresie leków w lecznictwie otwartym, czyli w aptekach, jest znacząco poniżej wzrostu przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia. Tak że te świadczenia... Ale tak czy inaczej leki cały czas stanowią co najmniej około 16% świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia, oczywiście chodzi tu o leki finansowane tylko i wyłącznie bezpośrednio przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ponieważ są jeszcze leki, których państwo używają w lecznictwie szpitalnym i one są finansowane z innego budżetu, z budżetu lecznictwa szpitalnego.

Tak że nie wiem... Pytanie, czy to by było zamiast... Ja to traktuję jako dodatkowy program, nie tak, żeby to było zamiast leczenia czegoś, zamiast programu lekowego w WZW typu C...

(Prezes Fundacji „Gwiazda Nadziei” Barbara Pepke:  
Mogę zabrać głos?)

Tak?

**Prezes Zarządu Fundacji  
„Gwiazda Nadziei”  
Barbara Pepke:**

Panie Ministrze, proszę zwrócić uwagę, że w wielu województwach kontrakty dotyczące wirusowego zapalenia wątroby już nie są nawet wykorzystywane, bo mamy więcej środków niż pacjentów. My liczymy na to, że będziemy musieli coraz mniej ich leczyć, bo tę straszną górkę z wirusowym zapaleniem wątroby już przeleczyliśmy, a więc środki zostaną. A po drugie, ja zawsze jestem zwolennikiem tego, żeby... Jeśli mamy wydawać środki, to niech to będzie w tym miejscu, w którym to będzie najefektywniejsze, najzdrowsze. Skoro wydajemy – tu profesorowie to potwierdzą – bardzo dużo na hospitalizacje, które są kosztowne, a możemy wydać znacznie mniej, a jednak pozwolić choremu człowiekowi funkcjonować, dając tylko ten lek, to... W ten sposób my mniej wydamy, a i ten człowiek będzie szczęśliwszy.

Chcę się odnieść tylko jeszcze... Rada Przejrzystości w swoim stanowisku uznała za zasadne finansowanie programu, a prezes stwierdził, iż ryfaksymina mogłaby być stosowana w profilaktyce encefalopatii po spełnieniu dwóch warunków i, z tego, co wiem, wynika, że te warunki były wyjaśnione. A więc wydaje mi się, że te dokumenty można jeszcze wyjaśnić, wyprostować sprawę. My zaś chcielibyśmy tylko prosić o zwrócenie uwagi na to, czy po prostu nie dałoby się wrócić do tego, tym bardziej że choroby wątroby... Osoby z marskością nie mają refundowanej żadnej terapii. Proszę mi wierzyć, żadne leki wspomagające funkcjonowanie wątroby – ale nie chcę tutaj robić żadnej reklamy i rzucać nazw – w przypadku tych wirusowych zapaleń, marskości, nie są objęte żadną refundacją, nawet choćby częściową. Pacjent musi w 100% je finansować. A więc po prostu prosimy tylko o lek na tę encefalopatię, który pozwoli ludziom funkcjonować i mieć jasność umysłu, tak jak tu pani Magda wspomniała.



**Zastępca Przewodniczącego  
Dorota Czudowska:**

Proszę bardzo.

**Pełniący Obowiązki Dyrektora  
Departamentu Polityki Lekowej  
i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia  
Łukasz Szmulski:**

Dziękuję.

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Łukasz Szmulski, pełniący obowiązki dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji, czyli tego departamentu, w którym wykonujemy, jeżeli chodzi o refundację leków w Polsce, całą pracę, tzw. techniczną i częściowo merytoryczną. To nie jest do końca tak, że minister zdrowia zgodnie z własną wolą może sobie rozstrzygnąć taką sprawę i powiedzieć, że dzisiaj refunduje ten lek, a pojutrze będzie refundował kolejny lek. Jak państwo doskonale wiedzą – a być może nie wiedzą, w takim razie wyjaśnię – system refundacji w Polsce na podstawie ustawy refundacyjnej jest systemem przede wszystkim wnioskowym. Co to oznacza? Oznacza to aktywny udział podmiotu odpowiedzialnego, czyli tego podmiotu, który posiada prawa własności przemysłowej, patent, ochronę bądź sublicencję jakiegoś... Generalnie chodzi o prawo do dysponowania lekiem i prawo jego sprzedaży. Ten podmiot musi złożyć wniosek do ministra zdrowia, musi wystąpić z wnioskiem o objęcie tego leku refundacją. Proces objęcia refundacją nie jest procesem prostym. Jak sami państwo zauważyli, przebiega on w co najmniej 3 etapach, począwszy od prezesa agencji oceny przez Komisję Ekonomiczną po finalne rozstrzygnięcie ministra zdrowia.

Nie jest do końca tak, jak państwo to przedstawili. Co prawda faktem jest, że została wydana pozytywna rekomendacja Rady Przejrzystości, niemniej Rada Przejrzystości jest tylko ciałem opiniodawczym działającym przy prezesie AOTMiT, a ocena i rekomendacja prezesa jest tutaj, zgodnie z ustawą refundacyjną, zgodnie z prawem, tym elementem, który zapada w tym procesie... Faktem jest oczywiście, że ta ocena nie jest dla ministra wiążąca w kwestii refundacji ogólnej – rochę inne są mechanizmy działania choćby w przypadku ratunkowego dostępu do technologii lekowej czy refundacji indywidualnej – niemniej jednak minister zdrowia każdorazowo ma obowiązek wziąć pod uwagę wydanie takiej rekomendacji. Gdy do tego doda się niestety negatywną rekomendację Komisji Ekonomicznej, to naprawdę dosyć trudno jest – to mówię już na podstawie codziennych przykładów, tak z życia – obronić tę sytuację i znaleźć argumenty za tym, aby doszło do refundacji danego leku, mimo obydwu negatywnych rekomendacji, czyli opinii zarówno agencji, jak i Komisji Ekonomicznej. Oczywiście zdarza się tak – i przykłady na to możemy znaleźć – że jednak znajdujemy argumenty świadczące o tym, że potrzeba farmakoterapii akurat danym środkiem, lekiem, jest, z uwagi na brak efektów kosztowych, istotniejsza niż rekomendacje negatywne czy też inne wątpliwości, jakie np. miał prezes agencji, który uzasadniał w swoim piśmie.

Niemniej w tym konkretnym przypadku – pan minister zwrócił już na to uwagę – należy wziąć pod uwagę też aspekty formalnoprawne związane z kodeksem postępowania administracyjnego, bowiem ta procedura, jak procedury w każdym urzędzie, również opiera się na przepisach prawa. A więc wtedy, gdy dochodzi do zawieszenia postępowania administracyjnego przez podmiot, to organ – a nie chodzi tutaj tylko i wyłącznie o ministra zdrowia, ale o każdy organ państwowy, który działa na podstawie k.p.a. – nie ma prawa podejmować żadnych czynności niecierpiących zwłoki. Tak dokładnie stanowią przepisy. A więc w tym wypadku dopóki postępowanie formalnie nie zostanie przez podmiot odwieszona, dopóki podmiot nie wystąpi z takim wnioskiem, to niestety nie ma w zasadzie żadnej możliwości działania po stronie organu administracji publicznej. Jeżeli chodzi o procedurę konkretnie w sprawie tego wskazanego leku, to na tę chwilę sytuacja wygląda w ten sposób, że nie ma możliwości procedowania wniosku z uwagi na zawieszenie tego postępowania. Nie umiem powiedzieć, co by się wydarzyło, gdyby taki wniosek wpłynął. Wszystko wymaga analizy. Ale co do zasady, to prawda jest taka... Pierwsza decyzja faktycznie była decyzją negatywną. Było to rozstrzygnięcie negatywne i na etapie instancji odwoławczej, wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, to postępowanie zostało zawieszona. A więc takie są w tym momencie fakty, mimo że z punktu widzenia medycznego być może coś się zmieniło – trudno mi to oceniać, nie znam tej sprawy, w czasie, gdy te wnioski były procedowane w Ministerstwie Zdrowia, ja tam jeszcze nie pracowałem. Ale z prawnego punktu widzenia sytuacja na tę chwilę tak wygląda. Dziękuję.

**Prezes Zarządu Polskiego  
Towarzystwa Hepatologicznego  
Piotr Małkowski:**

Panie Ministrze, nikt nie mówił, że ministerstwo nie wydaje pieniędzy na leczenie czy że nienależycie je wydaje, ponieważ chwaliliśmy terapię dotyczącą WZW typu C. Nikt nie mówił, że decyzja AOTMiT nie była zgodna z formalnym prawem. No, w naszym odczuciu nie była zgodna z racjonalnymi przesłankami, jak pan to nazywa, medycznymi. Tylko zastanawiające jest to – a ja miałem przyjemność kilkakrotnie rozmawiać o tych sprawach z ministrem Tombarkiewiczem – że te decyzje AOTMiT i prezesa oraz Komisji Ekonomicznej... W moim odczuciu jest tak, że nie wiem, skąd one się wzięły, ponieważ nikt nie skorzystał z opinii osób, które uważają, że wiedzą nieco więcej na ten temat niż pan prezes i Komisja Ekonomiczna. To, co myśmy mówili, to, co ja mówiłem o oszczędnościach na zwykłej hospitalizacji pacjentów... Nikt przecież takich obliczeń nie robi, proszę mi w tym wierzyć. Jestem dziekanem wydziału nauki o zdrowiu, pracuję u mnie również, jako nauczyciele akademicy, pracownicy AOTMiT, mamy dobry kontakt, ponadto sam często opiniuję różne programy... Ale umówmy się, że formalnie pewnie wszystko było w porządku, a merytorycznie – nie do końca. Ja oczywiście nie mam wpływu na producenta, ale jeżeli producent zdecyduje się ponownie zwrócić się do państwa, to, jak rozumiem, będzie to procedowane ponownie. Dziękuję.

**Zastępca Przewodniczącego  
Dorota Czudowska:**

Bardzo proszę, Panie Profesorze.

**Członek Zarządu Polskiego  
Towarzystwa Epidemiologów  
i Lekarzy Chorób Zakaźnych  
Anatol Panasiuk:**

Chciałbym zwrócić uwagę na kilka aspektów. Mianowicie jednym z elementów, który podniósł prezes AOTMiT, był brak horyzontu czasowego i kosztów efektywności terapii. Ale chodzi tu o specyficzną grupę pacjentów, co do których nie sposób powiedzieć, że terapia 96-tygodniowa, 100-tygodniowa albo 24-tygodniowa będzie efektywna, bo choroba trwa i postępuje. W związku z tym wyjaśnienie było takie, że należy zmienić założenia co do horyzontu czasowego w stosunku do tej grupy pacjentów, 2 założenia. Pierwsze dotyczy doczekania, doprowadzenia pacjenta do przeszczepienia wątroby – oczywiście ten okres oczekiwania będzie dłuższy, bo dzięki lekowi ten pacjent będzie dłużej żył. Bądź drugie: pacjent niestety umrze z powodu niewydolności wątroby, bo, jak pan profesor powiedział, niestety zapotrzebowanie jest dużo większe niż możliwości Poltransplantu. Stąd też polemika ze stanowiskiem AOTMiT.

Inna kwestia, którą pani Pepke poruszyła. Mianowicie ja na co dzień spotykam się z pacjentami, którym wypisuję wszystkie leki niestety na 100%. Pacjent nie jest chory np. na płuca – a mnóstwo leków na choroby płuc, choroby serca, na nadciśnienia, na choroby trzustki itd. jest refundowanych. Ten pacjent z chorą wątrobą musi sam ponosić koszt terapii. I jesteśmy na co dzień świadkami sytuacji beznadziejnych, więc próbujemy w sposób pokrętny poszukiwać innych metod leczenia, które nie są sprawdzone – one nie mają dobrej prasy, nie mają dobrej skuteczności... I ja mam zastosować u takiego pacjenta leczenie, zakładając przy tym, że on za moment wsiądzie do tira czy wejdzie na 60-metrowy żuraw – bo mam też takich pacjentów – i pod wpływem encefalopatii... Ale ja nie mam innej możliwości i ten pacjent też nie ma innej możliwości. W związku z tym prosimy państwa o stworzenie możliwości wyjścia z tej sytuacji. W wielu krajach jest taka refundacja, pomaga się tej grupie osób, wiedząc, że nie ma skutecznego leczenia poza przeszczepieniem wątroby. I my możemy tylko poprawić jakość ich życia i zmniejszyć liczbę hospitalizacji. To nie jest tak, że my prosimy o pieniądze, bo pieniądze pojawiają się w wyniku tego, że zmniejszy się liczba hospitalizacji, zmniejszą się również koszty społeczne, pośrednie – które są nie do wyliczenia, bo tego nie jesteśmy w stanie wyliczyć, ale my wiemy, że one są. To się stanie w momencie, kiedy polski pacjent będzie miał zapewnioną możliwość bezpiecznego funkcjonowania, tak będzie i dla niego, i dla całego systemu ochrony zdrowia.

**Zastępca Przewodniczącego  
Dorota Czudowska:**

Dziękuję. Dziękuję bardzo.

Ja mam jeszcze pewne pytania, powiedziałabym, lekarskie. W ogóle to bardzo dziękuję, że przy tej okazji mogłam trochę nowej wiedzy sobie przyswoić, bo na co dzień tymi problemami się nie zajmuję.

Może to jest w materiałach, ale nie wychyciłam tego. A prosiłabym o informację, jaki jest średni wiek chorych kwalifikowanych do przeszczepu czy tych, u których jest przeprowadzany przeszczep. Było to podane, ale państwo to na pewno macie w głowie, więc na poczekaniu... Jaki jest średni wiek chorych? I w czym tkwi problem takiego długiego oczekiwania na przeszczep? Czy to jest problem dotyczący dawców, tego, że za mało jest dawców, czy brakuje informacji wśród osób, które mogą być dawcami, czy wśród policjantów, czy tych, którzy mogą przywozić chorych? Jaki jest optymalny – przepraszam, że to powiem – dawca wątroby? Zanotowałam w głowie, że lepsze efekty są w przypadku żywych dawców, czyli w takim przypadku część wątroby pobieramy od żywego dawcy – tak? Albo jest przeszczep od dawców martwych.

I mam też pytania do panów ministrów. Chodzi o czynnik ekonomiczny. Ja może nie do końca rozumiem. Czy dlatego to nie jest ekonomiczne, że mamy za mało chorych? Poza tym ta decyzja, o której rozmawialiśmy, była wydana 2 lata temu przez AOTMiT. Myślę, że przez te 2 lata zebrano i w Polsce, i na świecie trochę informacji klinicznych – 2 lata to jest dużo czasu na obserwacje chorych z encefalopatią – żeby może jeszcze raz udowodnić, że ten lek... że no, stać byliby państwo polskie, żeby jednak ten lek pacjentom refundować. I teraz jedna ze stron musiałaby wnieść ponownie prośbę o bezpłatny dostęp do tego leku. I tutaj pytanie: kto to powinien zainicjować? Dziękuję.

**Prezes Zarządu Polskiego  
Towarzystwa Hepatologicznego  
Piotr Małkowski:**

Ja spróbuję odpowiedzieć na pytania dotyczące przeszczepienia. Średnia wieku osób, którym się przeszczepia wątrobę, w tej chwili wynosi ponad 40 lat. Jak myśmy zaczęli, ta średnia wieku wynosiła dwadzieścia kilka lat. Jak ja uczyłem się przeszczepiania wątroby w Paryżu w 1992 r., to Francuzi nie przeszczepiali wątroby osobom starszym niż... tzn. osobom, którzy ukończyli czterdziesty piąty rok życia. Tak to się zmieniło. No, ale jeśli chodzi o demografię, to wszędzie, w całej Europie jest tak, że coraz starszych pacjentów się leczy, że nie ma ograniczeń wiekowych, jest ograniczenie wieku biologicznego. Ja zawsze powtarzam, że ograniczeniem jest wiek chirurga, a nie wiek operowanego. W każdym razie to się bardzo zmieniło.

Dlaczego jest taki czas oczekiwania? Jeśli chodzi o optymalny czas oczekiwania, to przyjmuje się, że byłoby fantastycznie, gdyby nie był on dłuższy niż 6 miesięcy. Dotyczy to chorych z rakiem wątroby, w przebiegu marskości. Dotyczy to chorych z niewydolnością wątroby, u których w tym czasie właśnie niestety może dojść do pogorszenia funkcji czy do skreślenia z powodu rozszew nowotworu albo z powodu śmierci. Powodem jest nie stosunek między zapotrzebowaniem a możliwościami.

mi, czyli niedobór narządów. My mamy w Polsce mniej więcej 13–14 pobrań na milion mieszkańców, co sytuuje nas w takich dolnych stanach średniej krajów europejskich. W Hiszpanii takich pobrań jest 40, w Chorwacji – blisko 40, w Europie, w krajach sąsiednich, na zachód od nas jest o parę pobrań więcej na milion mieszkańców. W każdym razie u nas jest duża różnica, jeśli chodzi o liczbę pobrań, również w województwach: w północno-zachodnich województwach pobrań jest ok. 18–20, w południowo-wschodnich pobrań jest w granicach... no, w jednym województwie jest ich na przykład 0. Tak więc tutaj też są spore dysproporcje. My przez cały czas promujemy dawstwo. Mamy spotkania w szkołach, szczególnie w tych województwach, w których dawstwo mocno kuleje. Mamy spotkania z przedstawicielami Kościoła, z przedstawicielami prokuratury. To jest neverending story. My takie działania wykonujemy od ponad 20 lat wraz z Poltransplantem, wraz z fundacjami, które wspierają przeszczepianie wątroby.

W przypadku przeszczepów od żywych dawców wyniki są lepsze. Warunki są lepsze, można to wszystko zaplanować, nie odbywa się to w nocy. W każdym razie dotyczy to w 90% przypadków przeszczepień pediatrycznych, od rodziców najczęściej lewe boczne segmenty są pobierane i przeszczepiane bardzo małym dzieciom. Dawstwo rodzinne zarówno w przypadku nerek, jak i w przypadku wątroby u dorosłych, mimo że uważamy się za wspaniałe społeczeństwo, w porównaniu z innymi krajami mocno kuleje. Jeśli chodzi o przeszczepy nerek, my nie jesteśmy w stanie przekroczyć 5% przeszczepień od żywych dawców, a w Skandynawii czy w Stanach Zjednoczonych sięga to 50% wszystkich przeszczepień.

Czy jeszcze było jakieś pytanie...

*(Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska: Nie, nie.)*

Nie. To dziękuję bardzo.

*(Brak nagrania)*

### **Zastępca Przewodniczącego Dorota Czudowska:**

...Czy po 2 latach od negatywnej decyzji możemy spróbować jeszcze raz?

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Milkowski:**

Nie dostaliśmy żadnych nowych materiałów. Na pewno jak będziemy się sprawą zajmowali... Na razie nie możemy się zajmować i nie zajmujemy się wnioskiem. To, co zostało przedstawione 2 lata temu agencji, to jest na dzień dzisiejszym jedyny materiał, którym dysponujemy. I to zostało, tak jak mówiłem, zawieszono na dzień dzisiejszy.

Jeśli miałbym się tutaj odnieść do wypowiedzi pana profesora, to mogę powiedzieć, że faktycznie mamy bardzo różne transplantacje i dawstwo narządów. Sytuacja pod tym względem jest bardzo zróżnicowana na terenie kraju. Jak pan profesor wspominał, w województwie zachodnio-

pomorskim wskaźniki dotyczące średniej pobrań jeszcze kilkanaście lat temu były identyczne jak w Hiszpanii. Tak że gdyby w całym kraju było tak jak jest w całym regionie, to w Polsce nie było żadnych problemów z dawstwem, bo 40 pobrań na milion mieszkańców wystarczy. Zresztą widać, że jeśli chodzi o transplantację wątroby, średnio 80% pacjentów kwalifikowanych ma przeszczepioną wątrobę. Tak wynika z danych, które są w Poltransplancie. Tak że tak wygląda sytuacja. Nie wiem... Będziemy sprawę analizowali. Jeśli wniosek się pojawi, będziemy go analizowali jak każdy wniosek, oczywiście będziemy też analizowali sytuację płatnika w bieżącym roku, na co trzeba też zwrócić uwagę. Część oddziałów nie zakontraktowała wszystkich programów lekowych, które funkcjonowały w obwieszczeniu, ze względu na brak środków finansowych. I teraz powoli te kontraktowania się uruchamiają. Na rok przyszły są planowane uruchomienia, żeby wszystkie programy, które obecnie funkcjonują, były w pełni zabezpieczone regionalnie, w każdym województwie. I dlatego tak szczegółowo i tak dokładnie sytuację płatnika musimy analizować, żeby nie dochodziło to sytuacji takiej, że jest program lekowy, ale jednocześnie świadczeniodawcy nie mają środków, żeby włączać do niego kolejnych pacjentów. A często to są świadczenia, które powinny być świadczeniami gwarantowanymi bez czasu oczekiwania, czyli realizowanymi na bieżąco, ponieważ to są świadczenia, na które pacjent nie powinien oczekiwać tak jak na inne planowe świadczenia, które nie są wykonywane w trybie nagłym. Tak że na wszystko musimy i będziemy zwracać uwagę.

### **Prezes Zarządu Fundacji „Gwiazda Nadziei” Barbara Pepke:**

Nie chcemy już przedłużać. Powiem tylko, że bardzo się cieszymy, że państwo nas wysłuchali. Mam nadzieję, że państwu, szanownej komisji, senatorom to utkwi w pamięci i będziecie gdzieś mieli, zwłaszcza pan minister, w tyle głowy, jak zostaną środki, jakieś oszczędności, że encefalopatia prosi o refundację.

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Milkowski:**

Na pewno chciałem powiedzieć, że wiem dużo więcej po spotkaniu niż przed. No i temat hepatologii, jak pani wie, w Narodowym Funduszu Zdrowia już był analizowany. Jak pani zwróciła uwagę, jeden z tematów udało się w miarę niezłe zakończyć i teraz już program idzie na bieżąco, a listy oczekujących były olbrzymie. Tak że będziemy się starali podejmować kolejne etapy z sukcesem dla pacjentów. Nie mogę powiedzieć, że tak będzie, ale jak gdyby staramy się każdy element... No i cieszę się, jak cokolwiek się udaje. Tak jak pani mówiła, jeśli chodzi o WZW typu C, to tak było dzięki panu ministrowi, bo razem współpracowaliśmy.

*(Przewodnictwo obrad obejmuje przewodniczący Waldemar Kraska)*

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Rozumiem, że zbliżamy się do końca posiedzenia naszej komisji. Oczywiście podziękowania dla pani senator Doroty Czudowskiej za to, że ten temat dzisiaj mógł stanąć na naszym posiedzeniu komisji, bo rzeczywiście przez 3 lata wiele posiedzeń tematycznych komisji odbyło się w Senacie. Myślę, że wiele rzeczy udało się nam załatwić i mam nadzieję, że po dzisiejszym posiedzeniu komisji też pewne sprawy być może nabiorą przyspieszenia i będą jakieś efekty szczególnie dla pacjentów, bo o tym głównie mówimy.

To, co pan profesor powiedział, że jest Ministerstwo Zdrowia... A my jesteśmy Komisją Zdrowia. Oczywiście większość komisji to lekarze i my też chcemy, żeby wszystkie terapie, wszystkie schorzenia, które czasem są ultrazadkie... Pacjenci z tymi schorzeniami też chcą być leczeni, ale niestety naszego państwa na to nie stać. Ja może nie będę adwokatem pana ministra, bo powiem, że no, niestety nie zawsze pieniądze na to się znajdują. Aczkolwiek terapie rzeczywiście można by jakby usystematyzować, można by pewne pieniądze przesunąć w obszary, gdzie byłyby one wydatkowane zdecydowanie właściwiej i z większą korzyścią dla pacjentów. Ja z własnego doświadczenia wiem, że kierownictwo Ministerstwa Zdrowia jest bardzo przychylnie tym naszym sugestiom. W wielu kwestiach udało się nam pomóc pacjentom, bo wiele schorzeń jest czasem... No, tak jak tutaj słuchamy, to za każdym razem jest tak, że ci, którzy tutaj przychodzą, są najważniejsi, np. jak przychodzą onkolodzy, to ich kwestie są najważniejsze. W przypadku innych schorzeń jest tak samo. Tak więc myślę, że akurat choroby wątroby też zajmują dość poczesne miejsce. Te terapie są czasem rzeczywiście drogie. Ministerstwo prowadzi dyskusję z firmami, które muszą z tej ceny troszkę zejść, prawda? No bo tak to jest... Tak więc myślę, że ten proces będzie odwieszony i negocjacje zakończą się sukcesem. Wierzę, że...

Pan senator Radziwiłł chciałby zabrać głos w tej kwestii.

### **Senator Konstanty Radziwiłł:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Przede wszystkim przepraszam za spóźnienie, ale byłem w innym ważnym miejscu w tym czasie. Ja, dziękując za te wszystkie materiały informacyjne, chciałbym zwrócić się do państwa reprezentujących tę stronę, która jakby domaga się tego, żeby władza publiczna, przede wszystkim minister zdrowia, dostrzegły potrzebę finansowania konkretnego leczenia czy w zasadzie, zawężając, konkretnego leku, i powiedzieć, że warto byłoby... Myślę, że ta sytuacja często występuje. Warto byłoby zobaczyć, że tak naprawdę powinno być co najmniej dwóch czy dwoje adresatów tych oczekiwań i żądań. Oczywiście jedną stroną jest minister zdrowia czy Narodowy Fundusz Zdrowia, który koniec końców miałby to finansować, ale drugą stroną – i naprawdę myślę, że warto o tym mówić, tu zresztą pan przewodniczący Kraska o tym też wspominał – są producenci tych leków. Myślę, że zbyt rzadko

widzi się ten cały problem w taki sposób, że jest jakiś lek, który ma określone wsparcie, nazwijmy to, naukowe, że jest to lek skuteczny, bezpieczny – i to w zasadzie Agencja Oceny Technologii Medycznych w przypadku tej terapii potwierdziła, prawda? – i jest to, można powiedzieć, pewna obiektywna wiedza, ale z całą pewnością nie jest obiektywną ceną proponowaną przez producenta czy producentów. To nie jest coś, co spada z nieba, co jest wyznaczone jakimś wzorcem z Sèvres itd. No, wiadomo, że ceny leków, tak jak ceny w przypadku każdej innej dziedziny, są pochodną różnego rodzaju procesów. Co na to wpływa? No, oczywiście koszty wyprodukowania leku, także koszty badań nad tym lekiem wcześniej, prawda? To jest jasne. Ale przecież oczywiście są też inne rzeczy, które na to wpływają. Można przytoczyć kwestię gry rynkowej między podażą i popytem, ale także np. różnego rodzaju mniej czy bardziej monopolistyczne pozycje mają tutaj duże znaczenie. I nie jest tajemnicą, że generalnie produkcja leków, nazwijmy to, tak naprawdę przynosi, jak to się mówi, godny zysk, a czasem nawet więcej niż godny. Ja nie mam pojęcia, ile wynoszą rzeczywiste koszty akurat tego leku, o którym tutaj jest mowa. Ale faktem jest, że nie tylko Polska, ale także kraje znacznie bardziej zamożne tę sprawę w różnych miejscach – słyszymy to w mediach – stawiają bardzo ostro i że mamy również do czynienia właśnie po tej drugiej stronie, po stronie producentów czy dystrybutorów leków, cały szereg rzeczy czy zjawisk, które są dostrzegane przez społeczność międzynarodową, a także przez rządy. No i poddawane jest to bardzo poważnej krytyce. Takim krajem, w którym, można powiedzieć, najmniej można by się tego spodziewać, są Stany Zjednoczone, które dostrzegły problem nie tylko wysokich cen, ale także rosnących cen niektórych leków, które mają pozycje mniej czy bardziej monopolistyczną, prawda?

Tak więc wydaje się, że chociażby po to, żeby również uniknąć – od razu z góry przepraszam za to, co powiem za chwilę, nie mam nic złego na myśli – np. oskarżenia państwa, czyli zarówno tych, którzy leczą, jak i tych, którzy chcą być leczeni, o to, że jesteście państwo reprezentantami czy akwizytorami jakiegoś produktu... Po to, żeby uniknąć takiego posądzenia, powinna odbyć się również jak gdyby odwrotna konferencja, gdzie po jednej stronie stołu siedzieliby lekarze, pacjenci i przedstawiciel ministra zdrowia i razem zwracaliby się do drugiej strony, jaką jest właśnie dystrybutor leku. Bo ta cena z reguły, wiemy o tym doskonale w Ministerstwie Zdrowia, może być negocjowana i te negocjacje czasami wyglądają trochę jak negocjacje na – przepraszam za taki kolokwializm – bazarze w krajach np. arabskich, gdzie naiwny turysta ma zaoferowane coś za sto, po czym, odwracając się za każdym razem z niesmakiem na to, co mu się proponuje, cena dochodzi do jeden czegokolwiek, prawda? I nikt się nie dziwi, że za jeden można kupić to, co było zaoferowane za sto. Ja nie mówię, że tutaj aż tak to wygląda, ale czasami... Tu panowie kiwają głowami, bo przecież wiedzą, że obniżki rzędu właśnie 30% albo więcej zdarzają się nagminnie, a to pokazuje, że, krótko mówiąc, to, co nam się oferuje za sto, tak naprawdę może kosztować znacznie, ale to znacznie mniej, a jak będziemy naiwni,

to albo tego nie kupimy, albo przeplacimy w sposób, który jest niesprawiedliwy również w stosunku do innych potrzeb. I ja myślę, że to jest niesłuchanie ważne, żeby widzieć tutaj taką wspólną odpowiedzialność za to, żeby właśnie takie samo spotkanie, jakie ma miejsce tutaj, odbyło się jakby w drugą stronę, że my – mam tu na myśli szeroko pojętą władzę, decydentów – usiądziemy razem z państwem, a po drugiej stronie będzie dystrybutor leku i będzie się tłumaczył, dlaczego ten lek kosztuje tak dużo. Bo ja myślę, że jest więcej niż pewne, że ten lek mógłby kosztować, nie wiem ile, ale znacznie mniej, nie wiedząc, jak wygląda ten kosztorys. Ale myślę, że naprawdę to jest niesłuchanie ważne i to w bardzo wielu miejscach można by osiągnąć, gdyby... Bardzo namawiam na taką krytyczną postawę względem tych przyjaznych przedstawicieli dystrybutorów, którzy mówią: no tak, tutaj razem, przecież to jest niesprawiedliwe itd. Bo oni używają tej retoryki, co przede wszystkim przedstawiciele pacjentów, ale także do pewnego stopnia lekarzy. Tak że to jest taki mój apel, żeby widzieć to również od tej strony, że naprawdę do uzyskania jest pewnie bardzo dużo. Dziękuję.

**Prezes Zarządu Fundacji  
„Gwiazda Nadziei”  
Barbara Pepke:**

Jeśli mogłabym ad vocem... Proszę zwrócić uwagę, Szanowni Państwo, że te decyzje były wydane prawie 2 lata temu. Panie Ministrze, dzięki panu, panu senatorowi mamy teraz tak wspaniały program lekowy wirusowego zapalenia wątroby. Proszę, może teraz pan minister tego nie śledzi, ale ceny tych leków, które negocjowano z panem ministrem, spadły 10 razy przez te 2 lata, chodzi o leki na wirusowe zapalenie wątroby. Co najmniej...

(*Senator Konstanty Radziwiłł*: No, ale tutaj panowie słusznie mówili, że po prostu producent powinien...)

My też na to liczymy. To już są 2 lata od tej negatywnej...

(*Senator Konstanty Radziwiłł*: Ale to jest określona procedura.)

Tak. My liczymy, że przez...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

My się o to zwrócimy do producenta oczywiście...

(*Senator Konstanty Radziwiłł*: ...Ale nie ma decyzji.)

Tak, ale upłynęło już 2 lata od tej decyzji, więc my też liczymy, że będzie inna rozmowa, mamy taką nadzieję, z producentem i że to się uda wspólnymi siłami przy dobrych chęciach wszystkich stron.

**Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Jeszcze ostatni głos pana profesora. Ja jestem chirurgiem, więc panu udzielię głosu.

**Prezes Zarządu Polskiego  
Towarzystwa Hepatologicznego  
Piotr Małkowski:**

Pan minister z wdziękiem przedstawił nas jako reprezentantów firmy. My reprezentujemy...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

My reprezentujemy pacjentów. My również lobbowa- liśmy bardzo mocno za lekami nowymi dla... na WZW C. I to nie była ani nasza wina, ani nasza zasługa, że producentów tych leków pojawiło się na rynku bardzo wielu i było również bardzo wiele preparatów, co doprowadzi- ło do automatycznej obniżki. Nikt nie musiał nawet o to prosić, bo firmy między sobą bardzo mocno konkurowały. Ja przypomnę, że prezes NFZ w zeszłym roku w pewnym momencie miał świetny pomysł, żeby tylko jedna firma była na rynku, co by automatycznie spowodowało dwukrot- ny czy trzykrotny wzrost cen. No, ale z tego się wycofał. Ale nie naszą winą jest to, że producentem ryfaksyminy jest, zgodnie z moją wiedzą, faktycznie jedna jedyna fir- ma i prawdopodobnie w związku z tym ma takie zapędy monopolistyczne. No, tutaj to już jest kwestia negocjacji. Dziękuję.

**Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Jeszcze pan minister chce się wypowiedzieć.

**Podsekretarz Stanu  
w Ministerstwie Zdrowia  
Maciej Milkowski:**

Oczywiście, bo tutaj to ja byłem inicjatorem i liderem, za zgodą pana ministra, zakupu wspólnego leków na WZW C. Tam dokładnie było dookreślone, że konkurencja była ol- brzymia. To nie było tak, że był projekt zakupu jednego leku, tylko był projekt podzielenia na genotyp i skuteczność leku także inną technologią, i tak nam się udało zmniejszyć cenę. Ale pan uważa, że dobry przetarg to jest trzykrot- ne podniesienie ceny. To nieprawda tam, gdzie jest pełna konkurencja. Na dzień dzisiejszy wie pan, że konkurencji w przypadku WZW w większości przypadków nie ma, to szpital określa, który lek chce w jakiej ilości kupić. W związku z tym nie ma żadnej konkurencji do danej substancji lekowej, ponieważ jest to jeden jedyny lek. Tak że jaka to jest konkurencja?

**Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Myślę, że nie będziemy kontynuować tej dyskusji...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Ostatnia, ale krótka wypowiedź, Panie Senatorze.

**Senator Konstanty Radziwiłł:**

Dziękuję bardzo.

Panie Profesorze, Drogi Piotrze, prosiłbym, żebyś odwołał te słowa, bo wydaje mi się, że wszyscy, którzy tu są, słyszeli dokładnie to, co powiedziałem: żeby uniknąć posądzenia o to, że się działa itd. – prawda? Nie śmiałybym i nie zrobiłem tego, nikomu nie wmawiałem tego, że jest przedstawicielem firmy. Apelowalem o to, żeby przede wszystkim działać dla dobra wspólnego zarówno tego płatnika, który ma ograniczone środki, jak i pacjentów, no i lekarzy, którzy ich leczą, ale jednocześnie żeby uniknąć

posądzania o to, że się występuje w interesie firmy. I wydaje mi się, że wyraziłem się jasno. Panie Profesorze, no, nie powiedziałem tego, co pan wkłada w moje usta.

**Prezes Zarządu Polskiego  
Towarzystwa Hepatologicznego  
Piotr Małkowski:**

Nic nie wkładam, Konstanty, nic nie wkładam w twoje usta.

*(Przewodniczący Waldemar Kraska: Szanowni Państwo, już...)*

Okej. W każdym razie to jest bardzo dobry pomysł, jeśli ministerstwo weźmie to pod uwagę, żeby takie spotkanie

również mogło się odbyć, tak jak pan minister zaproponował, z przedstawicielami firmy. Może to przyniesie jakiś skutek.

**Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję bardzo.

To był ostatni głos w dyskusji.

Proszę państwa, kończymy posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia. Jeszcze raz dziękuję państwu za przybycie. Mam nadzieję, że to dzisiejsze posiedzenie wpłynie na to, że los pacjentów z przewlekłą niewydolnością wątroby będzie lepszy.

Dziękuję bardzo.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 00)*



Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Centrum Informacyjne Senatu, Dział Edycji i Poligrafii