

Warszawa, 15 marca 2016 r.

**Opinia merytoryczna**  
**do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy**  
**o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**  
**oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 261)**

**Streszczenie**

Podstawowym mankamentem projektu ustawy jest skupienie się na jednej grupie społecznej na dodatek dość arbitralnie wyznaczonej, bez całościowego spojrzenia na problem finansowych barier dostępu do leków, w tym leków refundowanych. Na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego dotyczących sytuacji dochodowej i wydatków Polaków oraz Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia można stwierdzić, że trudna sytuacja w dostępie do leków z powodów finansowych dotyczy znacznie szerszej niż wskazano w projekcie części społeczeństwa, wśród której można wskazać rencistów (a więc osoby niepełnosprawne), osoby utrzymujące się ze świadczeń społecznych innych niż emerytury i renty, ogólnie osoby zagrożone ubóstwem, a także emerytów przed 76 rokiem życia.

Rozwiązania projektu dające uprawnienia do bezpłatnego zaopatrzenia w leki bez względu na sytuacja dochodową tych osób są kontrowersyjne. Mimo, że projekt wskazuje na bariery finansowe w dostępie do leków tej grupy wiekowej, to jednak zaproponowane regulacje nie wprowadzają żadnego kryterium dochodowego dla osób uprzywilejowanych, ani nie wprowadzają rozwiązań „ochrony dochodu” osób w podeszłym wieku (np. bezpłatnych leków po przekroczeniu określonych kwot wydanych na leki). Zaproponowany sposób wsparcia nie uwzględnia też indywidualnych potrzeb osób starszych w zakresie zaopatrzenia w niezbędne leki, a będzie jedynie wyrazem w miarę obiektywnie racjonalizowanej decyzji Ministra Zdrowia, o tym które leki będą bezpłatne.

Projekt ustawy należy także wnikliwie ocenić pod kątem realizacji norm wynikających z art. 68 ust. 2 i 3 Konstytucji RP. Ponieważ istotą nowelizacji jest uprzywilejowanie osób, które ukończyły 75 rok życia w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (dostęp do niektórych leków) w

uzasadnieniu projektu powinny znaleźć się argumenty wskazujące, że projekt nie narusza konstytucyjnej zasady **równego** dostępu obywateli do świadczeń. Także uregulowanie projektu odnoszące się tylko do „osób w podeszłym wieku” nie realizuje konstytucyjnego obowiązku ciążącego na władzy publicznej do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej **dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku**. Różnicowanie podejścia do tych czterech kategorii osób nie znajduje uzasadnienia w projekcie. Warto także zwrócić uwagę na inny, szerszy problem konstytucyjny związany z ustawą o świadczeniach, który w analizowanej nowelizacji także jest istotny. Chodzi o zakres podmiotowy ustawy, węższy niż ujęty w art. 68 ust. 2 Konstytucji. Prawo do świadczeń przysługuje wszystkim obywatelom, natomiast zarówno obecna ustawa jak i przepisy nowelizacji nadają takie prawo tylko „świadczeniobiorcom”, a więc kręgowi osób nie obejmującemu wszystkich obywateli. Zgodnie z przepisami nowelizacji, po jej wprowadzeniu, osoby po 75 roku życia, niebędące świadczeniobiorcami nie będą mogły korzystać z niektórych darmowych leków. Ten problem również nie znajduje swojego wyjaśnienia w uzasadnieniu nowelizacji.

W projekcie brak jest uzasadnienia dlaczego przyjętą granicą jest 76 lat. Problemy zdrowotne i związane z tym zwiększone wydatki na zdrowie, w tym leki, statystycznie wzrastają wśród osób w przedziale wieku 60-70 lat. Głównie argumenty finansowe przemawiają za jak najwyższym progiem określającym osoby w podeszłym wieku.

### **Opis założeń projektu**

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581 ze zm.) proponuje się dodanie art. 43a, który w ust. 1 określa, że świadczeniobiorcom, po ukończeniu 75 roku życia, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne (dalej zwane lekami) wskazane w wykazie określonym na podstawie ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345 ze zm.). Listę leków, środków spożywczych i wyrobów medycznych wydawanych bezpłatnie dla tej kategorii osób będzie określał Minister Zdrowia uwzględniając: zaspokojenie potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców powyżej 75 roku życia, dostępność i

bezpieczeństwo stosowania leków oraz skutki dla budżetu państwa oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. Leki te będą finansowane z budżetu państwa w części stanowiącej odpłatność świadczeniobiorcy, oznacza to, że w zakresie dotyczącym refundacji będą one obciążać wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia.

W celu wkomponowania w system prawa powyższej zmiany projektodawca wprowadza odpowiednie zmiany w ustawach: Prawo farmaceutyczne; o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych; o zawodach pielęgniarki i położnej oraz w ustawie o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw.

Zgodnie z art. 6 projektu, pierwszy wykaz bezpłatnych leków dla „75 latków plus” będzie obowiązywał od 1 września 2016 r. Planuje się, że koszty dla budżetu państwa w latach 2016-2025 wyniosą 8 274 600 tys. zł (obciążenie to będzie regularnie wzrastać w kolejnych latach). W przypadku przekraczania zakładanych wydatków z tego tytułu Minister Zdrowia będzie obowiązany do zmiany wykazu leków wydawanych bezpłatnie świadczeniobiorcom po ukończeniu 75 roku życia.

Jak wskazuje projektodawca w uzasadnieniu *potrzeba docenienia tej grupy społecznej jest jednym z priorytetów działań Ministra Zdrowia w ramach zagwarantowania obywatelom należytego dostępu do leków skutecznych i bezpiecznych przy jednoczesnym zmniejszeniu udziału pacjentów w kosztach leczenia*. W uzasadnieniu stwierdzono także, że projektowane rozwiązanie ma na celu lepszą realizację art. 68 ust. 3 Konstytucji RP.

### **Diagnoza sytuacji w obszarze objętym propozycją zmian**

Zgodnie z art. 5 pkt 37 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze* są świadczeniami zdrowotnymi rzeczowymi. W związku z tym proponowana nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych powinna być skonfrontowana z wzorcem konstytucyjnym, przede wszystkim art. 68 ust. 2 i 3.<sup>1</sup> Z jednej bowiem strony propozycja zawiera

---

<sup>1</sup> Art. 68 ust. 2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

Ust. 3. Władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

elementy *szczególnej opieki zdrowotnej* w stosunku do osób w podeszłym wieku, z drugiej stanowi niewątpliwie odejście od zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Jeśli uznamy, że proponowana zmiana ustawy jest do pogodzenia z realizacją zasady równości<sup>2</sup>, to należy zwrócić uwagę, że nie realizuje ona art. 68 ust. 3 w jego całym brzmieniu, gdyż w tym zakresie nie uwzględnia praw: dzieci, kobiet w ciąży i osób niepełnosprawnych. nierozwiązany pozostaje problem węższego zakresu podmiotowego osób uprawnionych do świadczeń na podstawie ustawy - świadczeniobiorców (art. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) z normą konstytucyjną odnoszącą się do wszystkich obywateli. Tak więc osoby po 75 roku życia niebędące świadczeniobiorcami nie będą korzystać z propozycji zawartych w nowelizacji ustawy.

Instrumentem prawnym kształtowania dostępu do leków jest ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345 ze zm.). Na jej podstawie Minister Zdrowia kształtuje dostęp do leków, określając, które z nich są refundowane i na jakich zasadach. Zgodnie z art. 6 ust. 2 ustawy lek refundowany jest wydawany świadczeniobiorcy bezpłatnie, za odpłatnością ryczałtową albo za odpłatnością w wysokości 30% albo 50% ich limitu finansowania. Artykuł 14 wyznacza kryteria, według których Minister Zdrowia dokonuje kwalifikacji leku do konkretnej odpłatności. W art. 3 ust. 1 określono, że całkowity budżet na refundację wynosi nie więcej niż 17% sumy środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia. Z kolei zgodnie z art. 74 ust. 3 wysokość całkowitego budżetu na refundację od 2015 r. nie może być niższa od tej kwoty z 2011 r.

Pewnym obrazem w skali makro, jak zmienił się dostęp pacjentów do leków refundowanych jest wysokość wydatków NFZ na refundację w ostatnich latach. W 2011 r. koszty świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu refundacji wyniosły 8 633 249 tys. zł, co stanowiło 14,89% ogółu kosztów świadczeń. W 2014 r. koszty świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu refundacji wyniosły 7 938 896 tys. zł, co stanowiło 12,44% ogółu kosztów świadczeń zdrowotnych; w 2015 r. odpowiednio 8 160 051 tys. zł i 12,02%. W świetle przywołanych powyżej przepisów ustawowych istnieje spore „pole

---

<sup>2</sup> Zobacz np. D. E. Lach, Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, Lex 2011.

manewru” Ministra Zdrowia w zakresie zwiększenia dostępności leków refundowanych w ramach budżetu NFZ.

Z tego zestawienia wynika, że przyjęte rozwiązania prawne obniżyły bezwzględnie i relatywnie koszty refundacji leków ponoszone przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jak wynika z uzasadnienia projektu spowodowały jednak narastanie bariery finansowej w dostępie do leków refundowanych dla świadczeniobiorców.

Należy także przywołać art. 84 ustawy refundacyjnej, który nałożył na Radę Ministrów obowiązek przedłożenia Sejmowi sprawozdania z wykonania ustawy wraz z oceną skutków jej stosowania. Przedkładane propozycje zmian legislacyjnych powinny wynikać z oceny tych skutków.

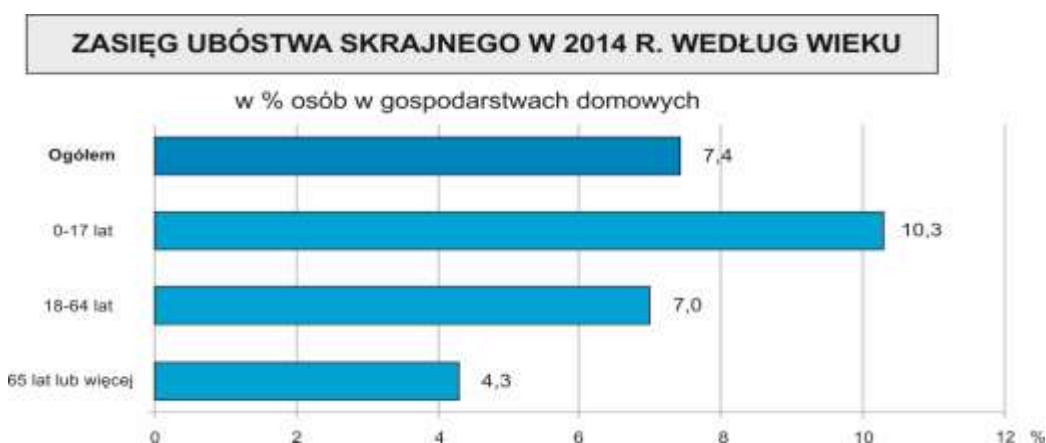
Mimo, że w uzasadnieniu wskazuje się na barierę finansową w dostępie do ordynowanych leków refundowanych, nie wskazano istotnych różnic w sytuacji dochodowej osób powyżej 75 roku życia i reszty społeczeństwa. Z danych GUS opartych na badaniach budżetów gospodarstw domowych wynika, że zasięg ubóstwa jest wyraźnie zróżnicowany w zależności od grupy społeczno-ekonomicznej, określonej na podstawie źródła dochodów. W 2014 r. w najtrudniejszej sytuacji znajdowały się osoby żyjące w gospodarstwach domowych utrzymujących się z tzw. innych niezarobkowych źródeł (21% zagrożonych skrajnym ubóstwem), w tym w gospodarstwach, których podstawę utrzymania stanowiły świadczenia społeczne inne niż renty i emerytury (stopa ubóstwa skrajnego na poziomie ok. 28%). Bardziej niż przeciętnie w 2014 r. narażeni na ubóstwo byli członkowie gospodarstw utrzymujących się z rent (ok. 13%) oraz gospodarstw domowych rolników (ok. 12%).<sup>3</sup> Do czynników zwiększających zagrożenie ubóstwem należy także zaliczyć obecność osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym (ok. 11%). Niestety nie są publikowane informacje na temat zasięgu ubóstwa osób powyżej 75 roku życia, jednak osoby w wieku 65 lat i więcej są w mniejszym stopniu zagrożone ubóstwem co obrazują poniższe wykresy.

---

<sup>3</sup> Ubóstwo w Polsce w latach 2013 i 2014, GUS, Warszawa 2015, s. 10



Źródło: Ubóstwo w Polsce w latach 2013 i 2014, GUS, Warszawa 2015, s. 11



Źródło: Ubóstwo w Polsce w latach 2013 i 2014, GUS, Warszawa 2015, s. 12

Dane GUS pokazują także istotną różnicę w wysokości wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych z osobami starszymi<sup>4</sup> (ok. 80 zł miesięcznie) w porównaniu z gospodarstwami bez osób starszych (40 zł). Dane te dotyczą całej zbiorowości osób w wieku 60 lat i więcej.

Z kolei Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia z 2014 r. wskazuje, że problemy zdrowotne (występowanie chorób przewlekłych) wśród osób starszych pojawia się już w przedziale wieku 60-69 lat (średnia liczba schorzeń przypadająca na 1 osobę - 3,1), w przedziale 70-79 wzrasta do 4,1; a w wieku 80 i więcej lat 4,5. Według kryteriów unijnych ponad 1/3 sześćdziesięciolatek została zaliczona do grupy osób niepełnosprawnych biologicznie, wśród siedemdziesięciolatek ponad połowa, a osiemdziesięciolatek i starszych ponad 3/4 zbiorowości.

<sup>4</sup> W wieku 60 lat i więcej

## **Wnioski**

1. Zajęcie się problemem barier ekonomicznych w dostępie do leków należy ocenić pozytywnie, tym niemniej, jak wskazano w opinii regulacja ta powinna mieć znacznie szerszy zakres podmiotowy, wynikający z sytuacji dochodowej poszczególnych grup społeczeństwa, a także art. 68 ust. 3 Konstytucji RP.
2. Dawanie uprawnień szczególnych wybranej grupie społeczeństwa wymaga szerokiego uzasadnienia, którego brak w tym projekcie. Projekt nie zawiera także uzasadnienia dlaczego wybrano taką metodę wsparcia osób po 75 roku życia. Sprawia ona, że to Minister będzie decydował w jakim zakresie osoby uprawnione będą mogły korzystać z bezpłatnych leków, nie będzie powiązania z potrzebami - wynikającymi zarówno ze stanu zdrowia jak i sytuacji finansowej - konkretnych uprawnionych osób.
3. W uzasadnieniu projektu nie zamieszczono przewidywanych skutków finansowych dla Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu zwiększonych wydatków na refundację leków dotychczas niewykupywanych przez osoby uprawnione z powodu bariery finansowej. Przyjmując skuteczność zaproponowanych rozwiązań prawnych muszą one pociągnąć za sobą zwiększone wydatki po stronie instytucji refundującej.
4. Zaproponowane regulacje nie rozwiązują ogólnego problemu, relatywnie dużego udziału świadczeniobiorców w kosztach zakupu leków refundowanych. Bariery finansowe w możliwości zakupu przepisanych leków obejmują nie tylko wskazaną w projekcie grupę osób.
5. Zwiększenie dostępności leków refundowanych może być osiągnięte przez działania Ministra Zdrowia na podstawie ustawy refundacyjnej, wiązać się to musi jednak ze zwiększeniem wydatków na refundację przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Autor:

**Grzegorz Ciura**

specjalista ds. społecznych  
w Biurze Analiz Sejmowych