



**MINISTER ZDROWIA**  
MZ-PL0-079-16391-298/PR/14

Warszawa, 2014 -04- 0 8

~~Pan~~

~~Mieczysław Augustyn  
Przewodniczący Senackiej Komisji  
Rodziny i Polityki Społecznej~~

Pan

Rafał Muchacki  
Przewodniczący Senackiej Komisji  
Zdrowia

~~Pan~~

~~Piotr Zientarski  
Przewodniczący Senackiej Komisji  
Ustawodawczej~~

*Szanowny Panie Przewodniczący!*

W nawiązaniu do ustaleń ze wspólnego posiedzenia senackich Komisji Rodziny i Polityki Społecznej, Komisji Ustawodawczej i Komisji Zdrowia, które miało miejsce w dniu 18 marca 2014 r., na którym rozpoczęło się I czytanie *senackiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty* mającego na celu przyznanie osobom pobierającym emeryturę lub rentę w wysokości nie przekraczającej kwoty najniższej emerytury, które ukończyły 75 rok życia, uprawnienia do bezpłatnego zaopatrzenia w leki o kategorii dostępności „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niniejszym uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

W dniu 4 lutego 2014 r. pismem o znaku BPS/KU-034/555/1./14 Przewodniczący senackiej Komisji Ustawodawczej – Pan Piotr Zientarski wystąpił do Ministra Zdrowia o sporządzenie

najpóźniej do dnia 28 marca br. opinii w przedmiocie rozwiązań zaproponowanych w ww. projekcie ustawy oraz o ocenę skutków finansowych wejście tejże ustawy w życie.

Z dniem 28 marca br. Minister Zdrowia przekazał przedmiotową opinię wraz z oszacowaniem kosztów przy piśmie o znaku: MZ-PLO-079-16391-275/PR/14.

Na posiedzeniu w dniu 18 marca br., w związku ze zgłoszonymi wątpliwościami w przedmiocie prawidłowości szacunków Ministerstwa Zdrowia, Komisje przerwały I czytanie projektu, zobowiązując Ministra Zdrowia do przedstawienia ponownych szacunków.

W związku z powyższym informuję, że szacowana populacja beneficjentów analizowanego projektu może oscylować w granicach 108 tys. osób (jeżeli za punkt wyjścia przyjąć informację o takiej populacji z MPiPS<sup>1)</sup>) pobierających świadczenia emerytalno-rentowe nie przekraczające najniższego ich poziomu. Z analizy danych NFZ wynika, że koszty refundacji w grupie osób, którym przysługuje obecnie prawo do bezpłatnego zaopatrzenia w leki o kategorii dostępności „Rp” i „Rpz” są bardzo wysokie, a obrazuje je poniższa tabela:

Rok	Liczba unikalnych numerów PESEL	Łączna roczna kwota refundacji (w zł)	Średnia roczna wartość refundacji na świadczeniobiorcę (w zł)
1	2	3	4=3/2
2011	88 073	278 743 683,18	3 164,91
2012	81 321	206 107 156,14	2 534,48
2013	74 804	197 503 631,16	2 640,28
			Średnia: 2 779,89 (231,66/m-c)

Tym samym, uznając przywołane dane za miarodajne dla dokonywanych wyliczeń, możliwe koszty objęcia ww. populacji 108 tys. osób proponowanym uprawnieniem, mogą oscylować – w zależności od przyjętej metodologii rachunków – w granicach 285,1 mln zł (jeżeli zapodstawę obliczeń przyjąć wartość refundacji na rzecz osoby korzystającej z uprawnienia dodatkowego o kodzie „IB” tylko w ostatnim roku), bądź nawet 300,2 mln zł (jeżeli za podstawę obliczeń przyjąć średnią z kwot refundacji w ostatnich 3 latach).

Jednocześnie należy wskazać na koszty refundacji w grupie ubezpieczonych w wieku 75 lat i powyżej, które obrazuje poniższa tabela:

<sup>1)</sup> Jak wskazano w piśmie Departamentu Analiz Ekonomicznych i Prognoz z dnia 2 grudnia 2013 r. (znak: DAE-I-073-9(1)-CG/13.

Rok	Liczba unikalnych numerów PESEL	Łączna roczna kwota refundacji (w zł)	Łączna roczna dopłata pacjentów (w zł)	Srednia roczna wartość refundacji na świadczeniobiorcę (w zł)	Srednia roczna wartość dopłaty pacjenta (w zł)
1	2	3	4	5=3/2	6=4/2
2011	2 445 755	1 861 429 976,00	955 883 567,19	761,08	268,17 (22,35/m-c)
2012	2 470 013	1 483 669 966,50	777 914 709,15	600,67	314,94 (26,25/m-c)
2013	2 514 602	1 540 334 176,20	844 161 016,36	612,55	335,70 (27,95/m-c)
			Srednia z 3 lat: 859 319 779,23	Srednia z 3 lat: 658,10 (54,84/m-c)	Srednia z 3 lat: 306,27 (25,5/m-c)

\* dane dotyczące ubezpieczonych w wieku 75+ bez względu na posiadane uprawnienia

Kwota 658.10 zł, stanowiącą uśrednioną (na podstawie danych z ostatnich 3 lat) wartość rocznego kosztu refundacji na rzecz ubezpieczonego w wieku 75 lat i powyżej, przemnożona przez 108 tys. daje 71,07 mln zł. Jeżeli za podstawę wyliczeń przyjąć dane jedynie za rok ubiegły, iloczyn ten wyniesie 66,1 mln zł.

Różnica pomiędzy szacowanym kosztem, jaki mogłaby generować dodatkowa pełna refundacja w obrębie leków o kategorii dostępności „Rp” i „Rpz” na rzecz 108 tys. beneficjentów, a refundacją na zwykłych zasadach na rzecz takiej samej grupy osób, waha się tym samym w przedziale 219,0–229,13 mln zł. (średnia z obu tych wartości to 224.06 mln zł).

Pragnę także zwrócić uwagę, że kwoty dopłat pacjentów do leków refundowanych, zgodnie z *obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2014 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych*, w podziale uwzględniającym poziomy odpłatności, kształtują się następująco

1. bezpłatnie – 151 leków wydawanych jest z apteki bezpłatnie;
2. ryczałt – 531 leków wydawanych jest z apteki za dopłatą pacjenta 3.20 zł;
3. 50% – 44 leki wydawane są z apteki za dopłatą nie wyższą niż 5 zł, 195 za dopłatą nie wyższą niż 10 zł, 316 za dopłatą nie wyższą niż 15 zł, a 401 za dopłatą nie wyższą niż 20 zł;
4. 30% – 267 leków wydawanych jest z apteki za dopłatą nie wyższą niż 5 zł, 677 za dopłatą nie wyższą niż 10 zł, 958 za dopłatą nie wyższą niż 15 zł, a 1092 za dopłatą nie wyższą niż 20 zł.

Pragnę również zwrócić uwagę, że z analiz branżowych wynika, że „ceny leków w Polsce są najniższe w Europie – średnia cena leków generycznych w Polsce jest o 43% niższa od średniej ceny w Unii Europejskiej, natomiast średnia cena leków innowacyjnych w Polsce jest niższa o 59%<sup>2)</sup>. Tym samym dostęp do leczenia, rozumiany jako dostęp do relatywnie niedrogich leków jest możliwy, aczkolwiek zależny od tego czy lekarz przepisuje pacjentowi leki innowacyjne, czy leki odtwórcze. W tym miejscu należy podkreślić, że lek odtwórczy może być dopuszczony do obrotu jako odpowiednik leku innowacyjnego jedynie pod warunkiem dostarczenia do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych jednoznacznych wyników badań biorównoważności. Zatem można stwierdzić, że leki odtwórcze nie wykazują różnicy terapeutycznej, są zatem równie skuteczne i bezpieczne jak leki innowacyjne.

Należy w kontekście powyższego wyjaśnić, że wysokie koszty ponoszone przez pacjentów w aptekach generowane są także z powodu ordynacji leków refundowanych na 100%, leków na receptę nie podlegających refundacji, leków o kategorii dostępności OTC (tj. wydawanych bez przepisu lekarza) oraz suplementów diety.

W kwestii poruszonej prognozowanej długości życia mieszkańców Polski, uprzejmie informuję, że analiza wskaźnika oczekiwanej długości życia LE (*life expectancy*) w ostatnich latach wykazała, że przeciętne trwanie życia w Polsce sukcesywnie wzrasta. Według danych GUS, w roku 2011 przeciętna długość życia mężczyzn wynosiła 72,4 lata, zaś kobiet była o 8,5 roku dłuższa i wynosiła 80,9 lat. Długość życia mieszkańców Polski od 1991 r. zwiększyła się w przypadku mężczyzn o 6,5 lat a w przypadku kobiet o 5,8 lat<sup>3)</sup>.

Szacunek odsetka ludności według grup wiekowych (w %), w latach 2010-2035, ilustruje poniższa tabela:

Wiek	2010	2015	2020	2025	2030	2035
60	19,6	22,7	25,4	26,8	28	30
65	13,5	15,6	18,4	21	22,3	23,2
85	1,4	1,8	2	2,1	2,1	3,1

\* Główny Urząd Statystyczny – Mały Rocznik Statystyczny Polski 2013

<sup>2)</sup> Zgodnie z raportem IMS Health z 20 września 2013 r. pn. *IMS Health o prognozowanych wydatkach NFZ i współpłaceniu pacjentów w 2013 r.*

<sup>3)</sup> Za Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny, raport pn. *Sytuacja Zdrowotna Polski i jej uwarunkowania*, 2012 r.

Z publikacji i badań naukowych dotyczących farmakoterapii stosowanej przez osoby starsze wynika wysoka częstość występowania zjawiska wielolekowości (definiowanego jako stosowanie codziennie więcej niż 5 preparatów leczniczych). Dotyczy to od 45% do 77% osób po 65 roku życia<sup>4)</sup>. Potwierdzając powyższe, również badania *PolSenior*<sup>5)</sup> wykazują, iż konsumpcja leków wyraźnie wzrasta wraz z wiekiem. W populacji osób powyżej 65 roku życia aż 55% Polaków przyjmuje co najmniej 5 leków, a 11% co najmniej 10 leków.

W kontekście powyższych danych poprawa stanu zdrowia populacji osób starszych winna koncentrować się przede wszystkim na podnoszeniu efektywności leczenia i bezpieczeństwa farmakoterapii poprzez identyfikację osób z wielochorobowością i indywidualnie realizowaną – pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – racjonalizacją stosowanego leczenia tak, by maksymalizować osiągnięty efekt terapeutyczny i minimalizować ryzyko zdrowotne związane z zagrożeniami wynikającymi ze zjawiska polipragmazji. W tym też kierunku zmierzają działania realizowane przez Rząd, m.in. nakierowane na rozwój opieki geriatrycznej i wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej.

Z poważaniem

Z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETAŃ SZANNO  
Igor Radziewicz-Winnicki

<sup>4)</sup> Junius-Walker i Wsp. 2007, Rajska-Neumann i Wieczorkowska-Tobis 2007 r.

<sup>5)</sup> Rajska-Neumann A., Wieczorkowska-Tobis K., Mossakowska M., Skalska A., Ślusarczyk P., Świech M., Gródzicki T.: *Farmakoterapia u osób starszych w Polsce, [W:] Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, [red.:] Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., Termedia, Poznań 2012 r.*