



MINISTER ZDROWIA

MZ-PLO-079-16391-158/PR/13

Warszawa, 2013-08-21

243/13

Pan
Michał Seweryński
Przewodniczący Komisji
Praw Człowieka, Praworządności
i Petycji
Senatu Rzeczypospolitej Polskiej

S.
Do wiadomości
Członków KPCPP
20.09.2013

Szanowny Panie Przewodniczący!

W odpowiedzi na Pana pismo z dnia 8 sierpnia 2013 r. (znak: BPS/KPCPP-133-01/P8-3/13), dotyczące petycji w sprawie zasadności podjęcia inicjatywy legislacyjnej zmierzającej do przyznania emerytom i rencistom prawa do bezpłatnych leków, niniejszym informuję o stanowisku Ministra Zdrowia.

Na wstępie, jako punkt wyjścia do dalszych rozważań w przedmiotowej kwestii, należy wskazać, że zakres poziomu świadczeń emerytalnych i rentowych (w wielu przypadkach istotnie niewspółmiernego do potrzeb w zakresie farmakoterapii), pozostaje w gestii resortu pracy i polityki społecznej, a nie Ministra Zdrowia. Podnoszony problem sprowadza się bowiem do obniżonej siły nabywczej polskich konsumentów, zwłaszcza tych w podeszłym wieku, nie zaś niedostatecznych uprawnień pacjentów w przedmiocie refundacji leków.

Szanując punkt widzenia wnioskodawców, należy mieć przed wszystkim na uwadze, iż skala postulowanych zmian będzie niosła za sobą poważne konsekwencje finansowe, które będą ponoszone przez publicznego płatnika tj. Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej: „NFZ”). Uprzejmie wyjaśniam, że z danych Głównego Urzędu Statystycznego opublikowanych w Małym Roczniku Statystycznym z 2012 r. w oparciu o spis powszechny, który miał miejsce w 2011 r. wynika, że docelowa populacja osób jakie objęłaby postulowana inicjatywa oscylowałaby w granicach 8,9 mln osób (w tym przeszło 7,3 mln osób pobierających świadczenia z ZUS), co stanowiłoby blisko 23,3% populacji Polski.

Należy wskazać, że w roku 2012, zgodnie z planem finansowym NFZ oraz z jego środków, na refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przeznaczono blisko 8,25 mld zł.

Dodatkowe objęcie uprawnieniem do bezpłatnych leków niemalże co czwartego Polaka, musiałyby skutkować zwiększeniem środków finansowych Funduszu na ten cel, a te z kolei ograniczać się mogą co najwyżej do równowartości 17% całkowitej kwoty środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych.

Pragnę zauważyć, iż podstawowym źródłem przychodów NFZ są, zgodnie z art. 116 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), należne składki na ubezpieczenie zdrowotne. Należy wskazać, że dotacje budżetowe, w tym dotacje celowe, na rzecz NFZ są możliwe m.in. w przypadku finansowania świadczeń zdrowotnych na rzecz osób innych niż ubezpieczone, spełniających jednocześnie kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 *ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* (Dz. U. Nr 175, poz. 1362, z późn. zm.), a jednocześnie, w stosunku do których nie stwierdzono okoliczności, o których mowa w art. 12 tej samej ustawy, jak również w przypadku kobiet w ciąży, niepełnoletnich, osób poddawanych leczeniu odwykowemu, niektórych osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo, czy też osób leczonych w związku z koniecznością zapobiegania chorobom zakaźnym lub zakażeniom.

W pozostałym zakresie finansowanie świadczeń następuje głównie ze środków ze składek, tj. pochodzących od samych ubezpieczonych. W ocenie resortu zdrowia alokowanie środków na refundację, w sposób, o którym mowa w rozpatrywanej petycji, godziłoby w efekcie w zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Należy mieć na uwadze, że istnieje grupa świadczeniobiorców, na rzecz których ustanowiono pewne szczególne uprawnienia w zakresie dostępu do farmakoterapii, stanowiące w istocie wyłom w tej generalnej konstytucyjnej zasadzie. Co więcej, postulaty ukonstytuowania analogicznych uprawnień w odniesieniu do kolejnych grup społecznych nie należą do rzadkości (w ostatnim czasie o ustanowienie podobnego uprawnienia zabiegał np. Związek Represjonowanych Politycznie Żołnierzy Górników, co zyskało odzwierciedlenie w senackim projekcie nowelizacji art. 46 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* – obecnie procedowanym w Izbie Niższej – druk sejmowy nr 1101).

Wzmiankowane uprawnienia można podzielić na kilka rodzajów, np. sprowadzają się one do możliwości uzyskania leków o określonym działaniu – przykładowo w związku z leczeniem chorób nabytych w związku z pracami przy azbestie, bądź w związku z oddawaniem krwi, czy dokonywaniem przeszczepów. Innym przykładem jest rozwiązanie, w którym osobom

nieubezpieczonym przyznaje się uprawnienia ubezpieczonego (kobiety w czasie ciąży i położu, osoby poniżej 18 roku życia).

Istnieją również grupy docelowe pacjentów, którym bezpłatnie przysługują leki, o kategorii dostępności „Rp” lub „Rpz”, które zostały zarejestrowane na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz refundowane środki specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Do grup tych należą inwalidzi wojenni i osoby represjonowane.

Z kolei inwalidom wojskowym przysługują refundowane leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, bezpłatne do wysokości limitu finansowania. Oznacza to, że inwalidzi wojskowi uiszczają za ich nabycie różnicę pomiędzy ceną detaliczną a limitem finansowania (przy czym mają uprawnienie do nabycia najtańszego odpowiednika stanowiącego podstawę limitu), zaś w porównaniu ze „zwykłymi ubezpieczonymi” nie pokrywają dodatkowo kwoty ryczałtu, bądź 30% albo 50% limitu finansowania.

Powyższe dowodzi szerokiego zakresu i zróżnicowania świadczeń lekowych. W kontekście postulatów autorów zgłoszonej petycji, należy wskazać, że żadne z wymienionych uprawnień nie przewiduje możliwości dostępu pacjentów do bezpłatnego dostępu do wszystkich kategorii leków (w tym leków OTC).

Lektura petycji pozwala wnioskować, że intencją jej autorów jest ustanowienie prawa emerytów i rencistów do zaopatrzenia w leki wszelkich kategorii, jako produktów pierwszej potrzeby. Tym samym należy wskazać, że nie ma możliwości realizacji tego postulatu w ramach aktualnie istniejącego systemu refundacji. W związku z powyższym wydaje się, że rozważenia wymagałoby rozwiązanie polegające na ustanowieniu określonego świadczenia pieniężnego (np. uzależnionego od wysokości przysługujących świadczeń emerytalnych albo rentowych), w sposób analogiczny jak ma to miejsce w przypadku art. 39 *ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej*, związanego z zapewnieniem potrzeb bytowych i wpisującego się materię zabezpieczenia społecznego, a nie sytuowania tego uprawnienia w ramach systemu świadczeń opieki zdrowotnej.

Abstrahując od powyższego, należy wskazać, że w petycji nie odniesiono się do faktu znacznego zróżnicowania poziomów świadczeń emerytalnych na gruncie krajowym. Chcąc rozważyć sprawę kompleksowo należałoby wziąć pod uwagę fakt, że istnieją w tym względzie grupy społeczne bardziej uprzywilejowane niż inne (np. tzw. „służby mundurowe”, górnicy). Pomimo faktu, że grupy te pozostają niewątpliwie w mniejszości, Minister Zdrowia

nie znajduje argumentu przemawiającego za zrównaniem prawa osób, których świadczenia emerytalne zbliżone są do przeciętnego wynagrodzenia za pracę, z prawami osób żyjących poniżej poziomu egzystencji.

Odnosząc się natomiast do przywołanych danych statystycznych i zarysu rozwiązań przyjętych w innych państwach członkowskich, w ocenie Ministra Zdrowia są one niemiarodajne i nie stanowią właściwego punktu odniesienia. Próby powoływania się na dane dotyczące skali i mechanizmów refundacji w państwach takich jak, Francja, Wielka Brytania, czy Niemcy są chybione - z jednej strony z uwagi na znaczne dysproporcje w populacjach tych państw w porównaniu z Polską, z drugiej - ze względu na nieporównywalnie wyższy poziom dochodów ich mieszkańców i ogólny poziom życia w tych państwach (łącznie z całym szeroko rozumianym zapleczem socjalnym). *De facto* przykład Francji jest szczególnie znamieny, ze względu na fakt, że skala ekspozycji pacjentów na produkty lecznicze w przeliczeniu *per capita*, (w tym przypadków lekomanii), jest w tym państwie najwyższa w Europie¹⁾.

Konkludując należy mieć na uwadze, że Polska wciąż rozwija się w aspektach związanych ze stopniowym zwiększaniem dostępu swoich pacjentów do niezbędnej farmakoterapii, zwłaszcza przyjąwszy za wzór rozwiązania zachodnioeuropejskie. Nie wydaje się jednak aby remedium stanowiły w tym względzie działania zmierzające do wprowadzania rewolucyjnych rozwiązań w ochronie zdrowia. Wydaje się, że na tak radykalny przeskok jakościowy w dostępie osób w podeszłym wieku do świadczeń lekowych, byłby wyzwaniem bardzo trudnym, zwarzywszy na poziom rozwoju naszego kraju, ewentualne obciążenie NFZ, ale i globalną sytuację finansów publicznych.

Z poważaniem
z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Sławomir Neumann
Sławomir Neumann

¹⁾ Za publikacją *Stosowanie Leków Dostępnych Bez Recepty. Komunikat z Badań*, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa 2010 r.