

**UCHWAŁA**  
**SENATU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

z dnia 6 sierpnia 2021 r.

**w sprawie wniesienia do Sejmu projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw**

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Senat wnosi do Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Jednocześnie upoważnia pana senatora Krzysztofa Kwiatkowskiego do reprezentowania Senatu w pracach nad projektem.

**MARSZAŁEK SENATU**

**Tomasz GRODZKI**

## U S T A W A

z dnia

### **o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw<sup>1)</sup>**

**Art. 1.** W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292) w art. 43a:

- 1) w ust. 1 wyrazy „po ukończeniu 75. roku życia” zastępuje się wyrazami „po ukończeniu 70. roku życia”;
- 2) ust. 1b otrzymuje brzmienie:

„1b. Osoby uprawnione do wystawiania recept na podstawie ust. 1 i 1a przed wystawieniem recepty są obowiązane do dokonywania – za pośrednictwem systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a w przypadku braku dostępu na podstawie art. 35 ust. 1 i 1a tej ustawy do przetwarzanych w tym systemie danych osobowych lub jednostkowych danych medycznych świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 1, poprzez analizę dostępnej dokumentacji medycznej tego świadczeniobiorcy oraz zebranie wywiadu lekarskiego – weryfikacji ilości oraz rodzaju przepisanych świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 1, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, pod względem bezpieczeństwa oraz konieczności ich stosowania, biorąc pod uwagę recepty wystawione oraz zrealizowane dla tego świadczeniobiorcy.”.

**Art. 2.** W ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523 i 1292) w art. 44a w ust. 1 wyrazy „ukończył 75. rok życia” zastępuje się wyrazami „ukończył 70. rok życia” oraz wyrazy „po ukończeniu 75. roku życia” zastępuje się wyrazami „po ukończeniu 70. roku życia”.

---

<sup>1)</sup> Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz ustawę z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

**Art. 3.** W ustawie z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 652 oraz z 2018 r. poz. 2092) w art. 7:

- 1) w ust. 1:
  - a) we wprowadzeniu do wyliczenia wyrazy „8 324 600 tys. zł” zastępuje się wyrazami „11 494 200 tys. zł”,
  - b) pkt 6–10 otrzymują brzmienie:
    - „6) 2021 r. – 1 163 800 tys. zł;
    - 7) 2022 r. – 1 685 500 tys. zł;
    - 8) 2023 r. – 1 789 100 tys. zł;
    - 9) 2024 r. – 1 896 300 tys. zł;
    - 10) 2025 r. – 2 007 500 tys. zł.”;
- 2) w ust. 4 w części wspólnej wyrazy „po ukończeniu 75. roku życia” zastępuje się wyrazami „po ukończeniu 70. roku życia”.

**Art. 4.** Pierwszy wykaz, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 2, w części dotyczącej bezpłatnego zaopatrzenia świadczeniobiorców po ukończeniu 70. roku życia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, minister właściwy do spraw zdrowia ogłosi nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

**Art. 5.** Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

## UZASADNIENIE

### **Wprowadzenie**

Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, określany dalej jako „projektowana ustawa”, zmierza do rozszerzenia zakresu:

- 1) osób uprawnionych do bezpłatnego zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne o świadczeniobiorców, którzy ukończyli 70. rok życia, jednakże legitymują się wiekiem niższym niż 75. rok życia;
- 2) metod weryfikacji przez lekarza lub pielęgniarkę – przed wystawieniem uprawnionemu świadczeniobiorcy recepty na bezpłatne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne – ilości oraz rodzaju przepisanych mu dotychczas leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, pod względem bezpieczeństwa oraz konieczności ich stosowania.

### **I. Rozszerzenie zakresu osób uprawnionych do bezpłatnego zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne**

1. Zgodnie z art. 43a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292), określanej dalej jako „ustawa o świadczeniach”, adresatami prawa do bezpłatnego zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne są wyłącznie świadczeniobiorcy, którzy ukończyli 75. rok życia. Mając na uwadze dyspozycję art. 68 ust. 3 Konstytucji, który zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej osobom w podeszłym wieku, a także zdrowotne i ekonomiczne skutki COVID-19, szczególnie dolegliwe dla tej grupy społecznej – zasadne jest objęcie przedmiotowym uprawnieniem wskazanej grupy świadczeniobiorców.

2. W tym stanie rzeczy proponuje się nowelizację:

- 1) art. 43a ust. 1 ustawy o świadczeniach w celu przesądzenia *expressis verbis*, że prawo do bezpłatnego zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne wymienione w wykazie określonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523 i 1292), określanej dalej jako „ustawa o refundacji”, ustalonym w sposób określony w art. 43a ust. 2 ustawy o świadczeniach, na podstawie recepty wystawionej przez uprawnioną osobę wykonującą zawód medyczny, odnosi się do świadczeniobiorców po ukończeniu 70. roku życia (art. 1 pkt 1 projektowanej ustawy);
- 2) art. 44a ust. 1 ustawy o refundacji jako legislacyjną konsekwencję zamierzonej zmiany art. 43a ust. 1 ustawy o świadczeniach (art. 2 projektowanej ustawy);
- 3) art. 7 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 652 oraz z 2018 r. poz. 2092) w celu odpowiednio:
  - a) skorygowania maksymalnych wielkości wydatków ponoszonych przez budżet państwa w latach 2021–2025 na realizację „programu bezpłatnych leków dla seniorów” w związku z propozycją objęcia jego postanowieniami również świadczeniobiorców, którzy ukończyli 70. rok życia, a legitymują się wiekiem niższym niż 75. rok życia (art. 3 pkt 1 projektowanej ustawy),
  - b) zapewnienia normatywnej konsekwencji zamierzonej zmiany art. 43a ust. 1 ustawy o świadczeniach (art. 3 pkt 2 projektowanej ustawy).

## **II. Rozszerzenie zakresu metod weryfikacji przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, pod względem bezpieczeństwa oraz konieczności ich stosowania przez świadczeniobiorcę uprawnionego do bezpłatnego zaopatrzenia w te produkty**

1. Zgodnie z art. 43a ust. 1 i 1a ustawy o świadczeniach osobami uprawnionymi do wystawiania świadczeniobiorcom recept na bezpłatne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne są:

- 1) lekarz lub pielęgniarka udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu i wystawił receptę dla siebie, małżonka, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu oraz krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa;
- 3) lekarz lub pielęgniarka udzielający świadczeń opieki zdrowotnej:
  - a) w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub
  - b) z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach umowy, o której mowa w art. 159a ustawy o świadczeniach
    - w związku z zakończeniem leczenia szpitalnego;
- 4) lekarz udzielający świadczeń opieki zdrowotnej:
  - a) w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego lub
  - b) z zakresu leczenia szpitalnego w ramach umowy, o której mowa w art. 159a ustawy o świadczeniach
    - w związku z zakończeniem leczenia szpitalnego.

2. Stosownie do art. 43a ust. 1b ustawy o świadczeniach osoby uprawnione do wystawiania recept przed wystawieniem recepty są obowiązane do dokonywania – za pośrednictwem systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U z 2021 r. poz. 666 i 1292), tj. Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych – weryfikacji ilości oraz rodzaju przepisanych uprawnionemu świadczeniobiorcy leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, pod względem bezpieczeństwa oraz konieczności ich stosowania, biorąc pod uwagę recepty wystawione oraz zrealizowane dla tego świadczeniobiorcy. Dokonanie tej weryfikacji wymaga zatem dostępu uprawnionych lekarzy i pielęgniarek do danych osobowych i jednostkowych danych medycznych świadczeniobiorców przetwarzanych w wymienionym systemie teleinformatycznym.

Tymczasem w świetle art. 35 ust. 1 i 1a ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia lekarze i pielęgniarki, którzy udzielają świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, nie posiadają – co do zasady – dostępu do wymienionych danych, a w takim przypadku ich pozyskanie może nastąpić jedynie za zgodą świadczeniobiorcy (lub jego przedstawiciela ustawowego), co wymaga uprzedniego „założenia” Internetowego Konta Pacjenta przez tego świadczeniobiorcę. Według stanu na lipiec 2021 r. liczba użytkowników Internetowego Konta Pacjenta wynosiła ponad 10 milionów, przy czym świadczeniobiorcy powyżej 75. roku życia stanowili jedynie ponad 108 tysięcy osób. Mając to na uwadze, w art. 1 pkt 2 projektowanej ustawy proponuje się nowelizację art. 43a ust. 1b ustawy o świadczeniach, która zmierza do rozszerzenia metod weryfikacji przez lekarza lub pielęgniarkę, przed wystawieniem świadczeniobiorcy recepty na bezpłatne leki i inne produkty, ilości oraz rodzaju przepisanych mu leków i innych produktów, pod względem bezpieczeństwa oraz konieczności ich stosowania, dopuszczając dokonywanie tej weryfikacji poprzez analizę dostępnej dokumentacji medycznej oraz zebranie wywiadu lekarskiego – w przypadku braku dostępu do danych dotyczących tego świadczeniobiorcy przetwarzanych w Elektronicznej Platformie Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych.

### **III. Pozostałe zagadnienia**

1. W związku z tym, że wykazy, o których mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, są ogłaszane raz na 2 miesiące w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia, art. 4 projektowanej ustawy statuuje normę dostosowującą, wedle której pierwszy wykaz, w części dotyczącej bezpłatnego zaopatrzenia świadczeniobiorców po ukończeniu 70. roku życia w te produkty, minister ten ogłosi nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia jej wejścia w życie.

2. Proponuje się, aby projektowana ustawa weszła w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia (art. 5).

3. Zakłada się, że ustalany przez ministra właściwego do spraw zdrowia wykaz, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, w części dotyczącej bezpłatnego zaopatrzenia świadczeniobiorców po ukończeniu 70. roku życia, będzie obejmował leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne co najmniej w zakresie odpowiadającym dotychczas refundowanym produktom.

**4.** Oczekiwane skutki społeczne, gospodarcze i finansowe projektowanej ustawy zostały przedstawione w ocenie skutków regulacji.

**5.** Projektowana ustawa została poddana konsultacjom, a przedstawione w ich ramach opinie i uwagi zostały zamieszczone na senackiej stronie internetowej. Wyniki tych konsultacji zostały przedstawione w ocenie skutków regulacji.

**6.** Projektowana ustawa jest zgodna z prawem Unii Europejskiej.



<b>Tytuł projektu:</b> <i>ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw</i>	<b>Data sporządzenia:</b> 6 sierpnia 2021 r.
<b>Przedstawiciel wnioskodawcy:</b> Senator Krzysztof Kwiatkowski	<b>Źródło:</b> inicjatywa senatorów
<b>Osoby odpowiedzialne za projekt w Biurze Legislacyjnym:</b> Piotr Magda, główny legislator, tel. 22 694 90 97 w zakresie OSR: Katarzyna Majewska, główny ekspert, tel. 22 694 92 59	<b>Nr druku:</b> 409, 409 S, 409 X

## OCENA SKUTKÓW REGULACJI

### 1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Osoby starsze w związku z występowaniem u nich chorób wieku podeszłego, często kilku chorób współistniejących, zmuszone są przeznaczać na leki znaczną część swoich miesięcznych dochodów. Rosnące ceny leków oraz zbyt wysoki poziom odpłatności za leki powodują, że **seniorzy** – częściej niż pozostała część społeczeństwa – **ze względu na swoją sytuację ekonomiczną rezygnują z zakupu części lub całości leków**, co przyczynia się do pogorszenia ich ogólnego stanu zdrowia. Pogłębioną informację na temat oceny stanu zdrowia i wydatków seniorów na zdrowie, w tym leki, przedstawiono w załączniku nr 1 do oceny skutków regulacji (OSR).

Rezygnacja z leczenia farmakologicznego m.in. przez seniorów w długim okresie skutkuje dla budżetu państwa wzrostem kosztów związanych z wdrażaniem przez lekarzy nowych, bardziej kosztownych terapii (np. leczenia szpitalnego i kosztownych operacji). Decydenci wielu państw europejskich zauważyli, że ekonomicznie korzystne jest opłacanie leków emerytom i rencistom, gdyż osoby z tych grup nieleczone lub nieodpowiednio leczone zapadają na ciężkie schorzenia i wymagają kosztownego i długotrwałego leczenia.

Do podobnego wniosku doszedł polski Rząd, wprowadzając we wrześniu 2016 r. **Program Leków 75+** w celu zwalczania zjawiska braku faktycznego dostępu osób starszych do leczenia ze względów ekonomicznych. Założeniem programu jest zapewnienie bezpłatnego zaopatrzenia świadczeniobiorców, którzy ukończyli 75. rok życia, w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz w wyroby medyczne określone w wykazie ogłoszonym przez Ministra Zdrowia (zakładka D obwieszczenia refundacyjnego). Informację na temat funkcjonowania Programu Leków 75+ przedstawiono w załączniku nr 2 do OSR.

Dostępne dane statystyczne oraz sporządzona przez Najwyższą Izbę Kontroli *Informacja o wynikach kontroli Programu bezpłatnych leków dla seniorów Leków 75+* świadczą o tym, że wdrożenie Programu Leków 75+ przyniosło pozytywne efekty i problem braku faktycznego dostępu do leczenia w grupie wiekowej pow. 75 r.ż. został zminimalizowany (szerzej w załączniku nr 2 do OSR).

Należy zauważyć, że **podobny problem dotyczy również seniorów z grupy wiekowej między 70 a 75 r.ż.**, u których obserwuje się radykalne pogorszenie stanu zdrowia względem pozostałych grup wiekowych oraz podobną sytuację ekonomiczną, jak u osób w wieku pow. 75 r.ż. (szerzej – załącznik nr 1 do OSR).

### 2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt.

Rekomendowanym rozwiązaniem jest rozszerzenie zakresu osób uprawnionych do bezpłatnego zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne o świadczeniobiorców, którzy ukończyli 70. rok życia, jednakże legitymują się wiekiem niższym niż 75. rok życia.

Ponadto projektowana regulacja przewiduje rozszerzenie metod weryfikacji przez lekarza lub pielęgniarkę, przed wystawieniem świadczeniobiorcy po ukończeniu 70. roku życia recepty na bezpłatne leki i inne produkty, ilości oraz rodzaju przepisanych mu leków i innych produktów, pod względem bezpieczeństwa oraz konieczności ich stosowania, dopuszczając dokonywanie tej weryfikacji poprzez analizę dostępnej dokumentacji medycznej oraz zebranie wywiadu lekarskiego – w przypadku braku dostępu do danych dotyczących tego świadczeniobiorcy przetwarzanych w Elektronicznej Platformie Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych.

Oczekiwany efekt regulacji będzie poprawa faktycznego dostępu osób starszych do leczenia farmakologicznego i ograniczenie zjawiska niewykupywania przepisanych leków ze względów ekonomicznych, zaś w długim okresie prawdopodobnie przyczyni się do niższych wydatków budżetu państwa na ochronę zdrowia obywateli.

### 3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Analizy rozwiązań przyjętych w innych krajach dokonano na podstawie materiału zatytułowanego *Analiza porównawcza rozwiązań przyjętych w Polsce i w innych krajach Unii Europejskiej (fragmenty opracowania)* autorstwa prof. dr hab. Elżbiety Nowakowskiej z Katedry i Zakładu Farmakoeconomiki i Farmacji Społecznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, stanowiącego załącznik do raportu Najwyższej Izby Kontroli *Informacja o wynikach kontroli. Program bezpłatnych leków dla seniorów leki 75+*.

Analizą objęto następujące państwa europejskie: Francję, Hiszpanię, Niemcy, Wielką Brytanię i Włochy. We wszystkich wymienionych państwach **leki dla szczególnie chronionych grup społecznych (m.in. seniorów) dostępne są nieodpłatnie albo za niewielką odpłatnością**, przy czym lista produktów przysługujących pacjentom na preferencyjnych warunkach nie jest ograniczona, tak jak to jest w Polsce, do odrębnego wykazu dotyczącego np. osób w wieku podeszłym.

W krajach europejskich stosowane są różne systemy refundacji leków dla seniorów. Najczęściej leki podstawowe lub niezbędne w terapii chorób przewlekłych są refundowane w 100%:

- w Niemczech wdrożono progi dopłat pacjentów do zakupu produktów leczniczych, po przekroczeniu których wszystkie leki kupowane przez osoby w wieku podeszłym w następnym roku kalendarzowym są wydawane bezpłatnie, a seniorzy inni niż cierpiący na choroby przewlekłe płacą proporcjonalnie do ceny leku, ale nie więcej niż 10%;
- w Wielkiej Brytanii wszystkie osoby pow. 60 r.ż. otrzymują leki na receptę bezpłatnie, podobnie w rejonie Valenciana w Hiszpanii;
- we Francji i Włoszech seniorzy z chorobami przewlekłymi otrzymują całkowity zwrot kosztów poniesionych na zakup leków.

Szczegółowe omówienie zasad bezpłatnego dostępu do leków w analizowanych państwach znajduje się w poniższej tabeli:

Kraj	Populacja chorych	Poziom odpłatności pacjenta
Francja	Pacjenci przewlekłe chorzy (w tym seniorzy)	Zero (przy spełnieniu określonych wymogów)
	Ogół pacjentów (w tym seniorzy)	Poziom refundacji uzależniony jest od rodzaju choroby i stopnia jej zaawansowania
	<b>Komentarz:</b>	
<p>Pacjenci przewlekłe chorzy nie ponoszą żadnych opłat za leki refundowane. Za lek refundowany 60% ceny pokrywa państwo (Sécurité Sociale), a ubezpieczenie pozostałą część. Bezpłatnie (dla pacjentów przewlekłe chorych) wydawanych jest około 40% leków na recepty.</p> <p>Populacja ludności: 67,1 mln (2017). Populacja seniorów pow. 65 r.ż.: 10,7 mln – 16% całkowitej populacji.</p>		
Kraj	Populacja chorych	Poziom odpłatności pacjenta
Hiszpania	Osoby pow. 65 r.ż.	Zero w regionie Valenciana; w pozostałych regionach dopłata w zależności od dochodu
	<b>Komentarz:</b>	
	<p>W Hiszpanii emeryci w zależności od dochodu płacą za leki zróżnicowaną kwotę: 8,23, 18,52, maksymalnie 61,75 EUR miesięcznie. Zwolnieni z wszystkich opłat za leki na receptę są emeryci i renciści pow. 65 r.ż. w regionie Valenciana.</p> <p>Dopłaty do leków dofinansowuje system ubezpieczeń prywatnych (ubezpieczenia komplementarne – poza koszykiem świadczeń podstawowych). Około 20% populacji ma wykupione dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne.</p> <p>Zwolnieni ze wszelkich opłat za leki są osoby niepełnosprawne, emeryci i renciści (region Valenciana), bezrobotni, osoby po wypadkach, otrzymujący „integrację społeczną” oraz chorzy cierpiący na zespół wstrząsu toksycznego.</p> <p>Populacja ludności: 46,5 mln (2017). Populacja seniorów pow. 65. r.ż.: 9,1 mln – 19,6% całkowitej populacji.</p>	
Kraj	Populacja chorych	Poziom odpłatności pacjenta
Niemcy	Pacjenci przewlekłe chorzy (w tym seniorzy)	Zero (przy spełnieniu określonych wymogów dotyczących wydatkowania środków własnych pacjenta)
	Ogół pacjentów (w tym seniorzy)	Współpłacenie z uwzględnieniem preferencyjnych warunków
	<b>Komentarz:</b>	
<p>Seniorzy współpłacą za leki 10% (5–10 euro za opakowanie), ale są zwolnieni z tych opłat w przypadku chorób przewlekłych. Koszty leków są refundowane przez Krankenkassę do pewnej kwoty, resztę musi dopłacić pacjent. Do ceny 50 euro pacjent płaci 5 euro za lek, a od ceny 100 euro i wyższej dopłata wynosi 10 euro. Dopłata nie może być wyższa niż cena leku.</p> <p>Przewlekłe chorzy pacjenci (w tym seniorzy), którzy wydadzą 1% swoich dochodów i udowodnią to rachunkami, zostają zwolnieni z jakichkolwiek opłat za leki na następny rok kalendarzowy. Dopłaty do leków na receptę emeryci mogą odliczyć od podatku jako obciążenia specjalne.</p>		

	<p>Populacja ludności: 82,5 mln (2017).          Populacja seniorów pow. 65. r.ż.: 16 mln – 19,4% całkowitej populacji.</p>	
	Finansowanie:	
	Wydatki na leki to 14% całkowitych kosztów ochrony zdrowia. Na leki w 2016 r. wydano 55 mld euro.	
Kraj	Populacja chorych	Poziom odpłatności pacjenta
Wielka Brytania	Osoby pow. 60 r.ż.	Zero
	Komentarz:	
	<p>Prawo do bezpłatnych leków przysługuje wszystkim osobom pow. 60 r.ż. Weryfikacja wieku następuje po okazaniu odpowiedniego dokumentu, przy czym recepty z odpowiednim kodem (DOB – Date of Birth) nie wymagają potwierdzenia wieku.</p> <p>Prawo do bezpłatnych leków przysługuje również następującym osobom:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– poniżej 16. r.ż.,</li> <li>– w wieku 16–18 lat uczącym się w trybie dziennym,</li> <li>– cierpiącym na niektóre rodzaje schorzeń (przewlekłe choroby – ich lista się zmienia),</li> <li>– kobietom w ciąży,</li> <li>– młodym matkom – przez 12 miesięcy od urodzenia dziecka.</li> </ul> <p>Do bezpłatnej recepty są także upoważnione osoby korzystające z niektórych świadczeń socjalnych:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Income Support,</li> <li>– Jobseeker's Allowance,</li> <li>– Universal Credit.</li> </ul> <p>Przy realizowaniu bezpłatnej recepty w aptece należy przedstawić dokument potwierdzający prawo do jej otrzymania.</p>	
	<p>Populacja ludności: 63,3 mln (2017)          Populacja seniorów pow. 65 r.ż.: 11,4 mln – 18% całkowitej populacji.</p>	
	Finansowanie:	
<p>W Wielkiej Brytanii na świadczenia zdrowotne Państwo przeznacza znaczne środki finansowe – w Anglii 2057 GBD/osobę, w Szkocji 2160 GBD/osobę (dane wg <a href="http://www.theguardian.com/society/2016">www.theguardian.com/society/2016</a>).</p> <p>Ponad 2/5 wydatków przekazywanych na służbę zdrowia przeznaczone jest dla seniorów.</p>		
Kraj	Populacja chorych	Poziom odpłatności pacjenta
Włochy	Pacjenci przewlekłe chorzy (w tym seniorzy)	Zero
	Komentarz:	
	<p>Wprowadzono zwolnienia podmiotowe i przedmiotowe z obowiązku współpłacenia za świadczenia opieki medycznej, oparte głównie na kryterium wieku, wysokości dochodów, zachorowań na rzadkie i przewlekłe choroby.</p> <p>Leki wydawane są na ogólnych zasadach (leki z grupy A i niektóre antybiotyki są refundowane w 100%).</p> <p>Zniżki lub całkowite zwolnienie z opłat przysługują niepełnosprawnym, dzieciom do lat 6, niewidomym i głuchoniemym, przewlekłe chorzy, kobietom w ciąży.</p> <p>Populacja ludności: 60,6 mln (2017).          Populacja seniorów pow. 65. r.ż.: 12,7 mln – 21% całkowitej populacji.</p>	

Szczegółowa analiza rozwiązań w zakresie bezpłatnego zaopatrzenia osób starszych w leki, środki specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przyjętych w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej (w szczególności w Czechach, Estonii i Irlandii) została przedstawiona również w opinii prof. dr hab. Artura Nowak-Fara, z Kolegium Ekonomiczno-Społecznego Szkoły Głównej Handlowej, pt. *Rozwiązania projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 409) na tle uregulowań w wybranych państwach Unii Europejskiej.*

**4. Podmioty, na które oddziałuje projekt.**

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Seniorzy w wieku 70–75 lat	1 840 843 (stan na 30.06.2020 r.)	GUS, <i>Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2020 r.</i>	Bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w tzw. „wykazie refundacyjnym”.
Minister właściwy do spraw zdrowia			Konieczność ogłoszenia „wykazu refundacyjnego” w części dotyczącej bezpłatnego zaopatrzenia świadczeniobiorców po ukończeniu 70. roku życia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne.
Osoby uprawnione do wystawiania recept	b.d.	–	W przypadku braku dostępu do danych dotyczących świadczeniobiorcy po ukończeniu 70. roku życia przetwarzanych w Elektronicznej Platformie Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych – możliwość weryfikacji, przed wystawieniem recepty, ilości oraz rodzaju przepisanych mu leków i innych produktów, pod względem bezpieczeństwa oraz konieczności ich stosowania, poprzez analizę dostępnej dokumentacji medycznej oraz zebranie wywiadu lekarskiego.

**5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji.**

Projekt ustawy w dniu 2 czerwca 2021 r. został przesłany do zaopiniowania Ministrowi Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej, Ministrowi Rodziny i Polityki Społecznej, Ministrowi Zdrowia, Sądowi Najwyższemu, Rzecznikowi Praw Obywatelskich, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Izbie Aptekarskiej, Prokuraturii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej, Rzecznikowi Finansowemu, Forum Związków Zawodowych, Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Polskiemu Związkowi Emerytów, Rencistów i Inwalidów, Krajowej Radzie Radców Prawnych, Naczelnej Radzie Adwokackiej. Termin nadsyłania opinii ustalono na dzień 25 czerwca 2021 r.

**Minister Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej** zwrócił uwagę, że w ustawie budżetowej na 2021 rok nie zaplanowano wydatków związanych z przedmiotowym projektem, a w projekcie nie wskazano, z jakich pozycji należy finansować podwyższony w tym roku limit wydatków budżetu państwa. Ponadto skutki finansowe dla budżetu państwa wynikające z projektowanej ustawy powinny zostać sfinansowane w ramach zaplanowanych środków części 46. Zdrowie bądź ze środków rezerwy celowej poz. 64 – Środki na zadania w obszarze zdrowia, z uwzględnieniem możliwości wygenerowania oszczędności w budżecie dysponenta poprzez zmniejszenie innych wydatków lub racjonalizację kosztów w ramach przyznanego limitu wydatków na dany rok budżetowy, bez możliwości ubiegania się o nowe środki i generowania dodatkowych obciążeń dla budżetu państwa. Zdaniem Ministra, ze względu na wysokość planowanego zwiększenia wydatków z tytułu projektu, obecnie wydaje się to jednak mało prawdopodobne. Minister Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej dodał również, że w uzasadnieniu do projektu bądź w OSR (w przypadku jej sporządzenia) powinno zostać zawarte jednoznaczne zapewnienie, że przewidywane wydatki będące skutkiem wejścia w życie projektowanej ustawy, w kolejnych latach zostaną pokryte ze środków finansowych przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia zgodnie z art. 131c ust. 1 ustawy o świadczeniach (tj. nie spowodują powiększenia przewidywanej w ustawie wartości wydatków na zdrowie określonej dla poszczególnych lat jako procent produktu krajowego brutto).

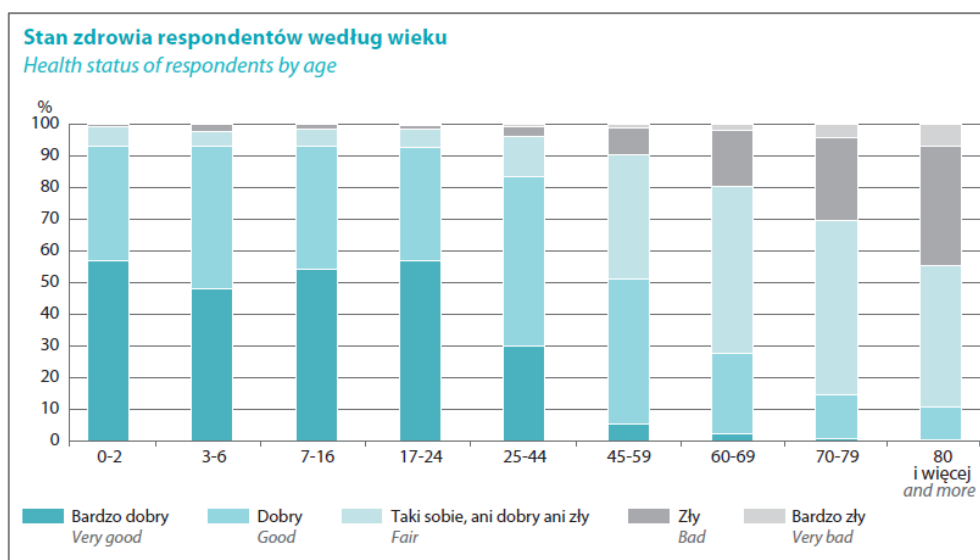


pieniężnym (w mld zł)	średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	210,7	675,2	718,2	761,2	0,0	0,0	3 169,6
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		<p>Wejście w życie proponowanych rozwiązań nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw.</p> <p>Projektowana regulacja będzie miała pozytywny wpływ na obywateli. W związku z rozszerzeniem zakresu osób uprawnionych do bezpłatnego zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne o świadczeniobiorców, którzy ukończyli 70. rok życia, jednakże legitymują się wiekiem niższym niż 75. rok życia, przyczyni się do ograniczenia zjawiska rezygnacji z leczenia farmakologicznego przez seniorów w tej grupie wiekowej, a w efekcie pozytywnie wpłynie na ich stan zdrowia.</p>						
<b>8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu.</b>								
Nie dotyczy.								
<b>9. Wpływ na rynek pracy.</b>								
Brak wpływu.								
<b>10. Wpływ na pozostałe obszary.</b>								
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:		<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe			<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie			
Omówienie wpływu		<p>Projektowana regulacja będzie miała pozytywny wpływ na zdrowie obywateli, gdyż ograniczy zjawisko rezygnacji z leczenia farmakologicznego przez seniorów w wieku między 70 a 75 r.ż.</p> <p>Rezygnacja z leczenia farmakologicznego w długim okresie skutkuje pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, a dla budżetu państwa wzrostem kosztów związanych z wdrażaniem przez lekarzy nowych, bardziej kosztownych terapii (np. leczenia szpitalnego i kosztownych operacji). Ekonomicznie korzystne jest opłacanie leków emerytom i rencistom, ponieważ nieleczone osoby z tych grup lub leczone nieodpowiednio zapadają na ciężkie schorzenia i wymagają kosztownego i długotrwałego leczenia.</p>						
<b>11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego.</b>								
Projektowana ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia jej ogłoszenia.								
<b>12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?</b>								
Projektowana regulacja powinna podlegać ewaluacji po 5 latach od jej wejścia w życie w zakresie oceny faktycznego dostępu do bezpłatnych leków oraz stanu zdrowia seniorów w wieku między 70 a 75 r.ż.								
<b>13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.).</b>								
<ol style="list-style-type: none"> <li>Ocena stanu zdrowia oraz sytuacji materialnej seniorów.</li> <li>Program Leki 75+.</li> <li>Wydatki na leki seniorów w wieku 70–75 oraz powyżej 75 roku życia.</li> <li>Prognoza liczby ludności w wieku powyżej 70 roku życia według GUS.</li> <li>Metodologia oszacowania skutków regulacji.</li> </ol>								

## I. OCENA STANU ZDROWIA ORAZ SYTUACJI MATERIALNEJ SENIORÓW

Według wyników badania GUS dotyczącego ochrony zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r. prawie 2/3 respondentów oceniło swoje zdrowie pozytywnie. Stan swojego zdrowia jako zły lub bardzo zły określiło 9,6% osób. W grupach wiekowych do 24 lat odsetek osób, które oceniły stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry wyniósł ponad 90%. W kolejnych grupach wiekowych **liczba osób z pozytywną oceną stanu zdrowia malała wraz ze wzrostem wieku respondentów do 10,7% dla osób w wieku 80 lat i więcej**. Począwszy od grupy wieku 25–44 lat systematycznie wzrastała liczba ocen negatywnych – od 3,6% do 44,4% dla najstarszej grupy wieku.<sup>1</sup>

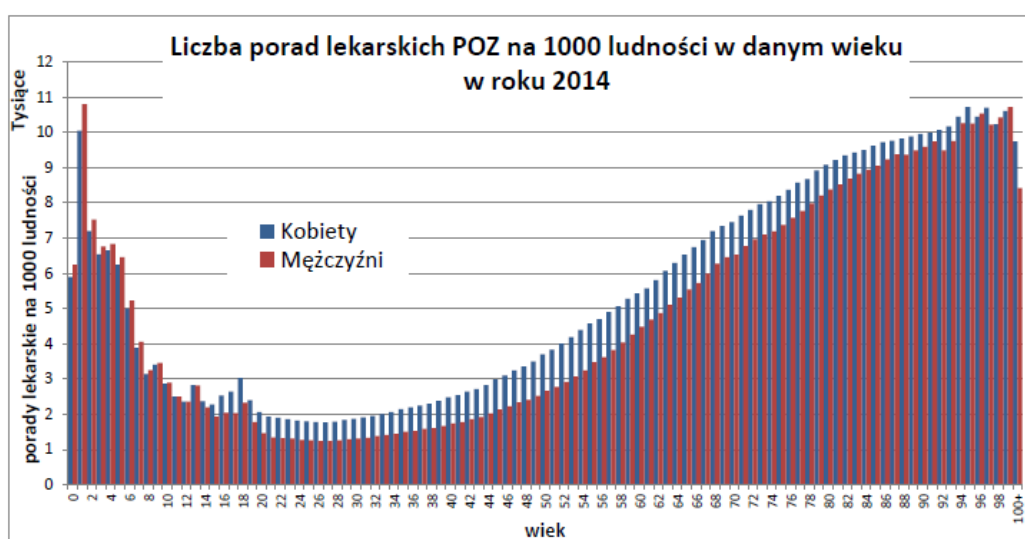
Wykres 1. Ogólna subiektywna ocena stanu zdrowia według wieku



Źródło: Główny Urząd Statystyczny, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.*, Warszawa, 2016, str. 26

Podobne wnioski dotyczące stanu zdrowia ludności według wieku można wyciągnąć, analizując wskaźnik udzielonych porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej w przeliczeniu na 1000 ludności. Liczba udzielonych porad systematycznie rośnie począwszy od 30 r.ż., przy czym najczęściej z porad lekarskich korzystają osoby w wieku powyżej 60 r.ż. (od 6 porad w ciągu roku na osobę w grupie wiekowej 60–70, do nawet 10–11 porad w grupie wiekowej powyżej 90 r.ż.). Rozkład wskaźnika udzielonych porad lekarskich POZ na 1000 ludności przedstawiono na poniższym wykresie:

Wykres 2. Liczba porad lekarskich POZ na 1000 ludności według wieku



Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia, *Podstawowa opieka zdrowotna – potencjał i jego wykorzystanie*, Warszawa, 2016, str. 33

<sup>1</sup> GUS, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.*, Warszawa, 2016, str. 26

Według danych GUS w 2019 r. w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów zanotowano przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę w wysokości 1 819,27 zł (dochód emerytów – 1 863,61 zł, a dochód rencistów – 1 498,01 zł).<sup>2</sup> Wydatki gospodarstw domowych emerytów osiągnęły 1 363,61 zł na miesiąc, w gospodarstwach domowych rencistów było to 1 222,19 zł. Analizując strukturę wydatków gospodarstw emerytów i rencistów, należy zauważyć, że największą część budżetu pochłaniały wydatki na żywność i napoje bezalkoholowe (około 30%) oraz wydatki związane z użytkowaniem mieszkania (ponad 20%). Wydatki na zdrowie, w tym na wyroby medyczo-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny, w gospodarstwach emerytów stanowiły 8,1%, zaś w gospodarstwach rencistów – 4,2%.<sup>3</sup> Leki i artykuły medyczne stanowią 69,2% bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia. **W gospodarstwach emerytów i rencistów notowano wyższe niż przeciętne wydatki na osobę na leki i artykuły medyczne** (w gospodarstwach emerytów o 75,9% więcej niż przeciętnie, w gospodarstwach rencistów o 63,0% więcej).<sup>4</sup>

Spośród osób, które zadeklarowały w badaniu ankietowym przeprowadzonym przez GUS, że w 2016 r. lekarz przepisywał im leki, zdecydowana większość (91,5%) stwierdziła, że za każdym razem leki te wykupywała. Jednocześnie istniała grupa pacjentów, którzy rezygnowali z zakupu przepisanych leków z powodu kosztów ich zakupu (5,6%). **Niewykupywanie przepisanych przez lekarza leków z powodu kosztów częściej deklarowali członkowie gospodarstw domowych o niższym przeciętnym dochodzie**, a biorąc pod uwagę źródło utrzymania – **m.in. osoby utrzymujące się głównie z emerytury lub renty** (8,6%).<sup>5</sup>

**Odsetek niewykupujących w 2016 r. przepisanych przez lekarza leków z powodu kosztów ich zakupu wykazał silną ujemną korelację z samooceną zdrowia respondentów** – osoby gorzej oceniające swój stan zdrowia częściej rezygnowały z zakupu przepisanych leków z powodu kosztów. Wśród osób oceniających swój stan zdrowia jako bardzo dobry opisywany odsetek wynosił zaledwie 1,5%, podczas gdy wśród oceniających swój stan zdrowia jako bardzo zły – aż 23,1%. Istotne zróżnicowanie analizowanego odsetka zaobserwowano nie tylko w zależności od subiektywnej samooceny stanu zdrowia, ale także w przekroju cech obiektywnie określających sytuację zdrowotną. Znacznie większy był udział niewykupujących przepisanych leków z powodu kosztów m.in. wśród osób z poważnymi (19,6%) lub umiarkowanymi (14,6%) ograniczeniami możliwości wykonywania podstawowych czynności, osób z poważnymi problemami zdrowotnymi (12,9%) oraz osób niepełnosprawnych.<sup>6</sup>

---

<sup>2</sup> GUS, *Emerytury i renty w 2019 r.*, Warszawa, 2020, str. 25

<sup>3</sup> Ibidem, str. 25–26

<sup>4</sup> GUS, *Ochrona zdrowia (...)*, op. cit., str. 73–74

<sup>5</sup> Ibidem, str. 77

<sup>6</sup> Ibidem, str. 78



## II. PROGRAM LEKI 75+

W celu zwalczania zjawiska braku faktycznego dostępu starszych osób do leczenia ze względów ekonomicznych we wrześniu 2016 r. wprowadzono w Polsce **Program Leków 75+** – zapewniający bezpłatne zaopatrzenie świadczeniobiorców, którzy ukończyli 75. rok życia, w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz w wyroby medyczne określone w wykazie ogłoszonym przez Ministra Zdrowia (załącznik D obwieszczenia refundacyjnego). Podstawą do otrzymania bezpłatnych leków jest recepta wystawiona przez osobę uprawnioną (m.in. lekarza lub pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej) z kodem uprawnień dodatkowych „S”.

Objęte bezpłatnym dostępem dla seniorów są leki stosowane w leczeniu chorób wieku podeszłego. Pierwszy wykaz bezpłatnych leków, obowiązujący od 1 września 2016 r., zawierał 1 129 produktów obejmujących 68 substancji czynnych. Od tego czasu następuje systematyczne rozszerzanie listy Leków 75+. Aktualnie – od 1 maja 2021 r. – lista bezpłatnych leków dla seniorów zawiera 2 165 pozycji obejmujących 179 substancje czynne.<sup>7</sup>

W 2020 r. z bezpłatnego dostępu do leków w ramach programu Leków 75+ skorzystało około **2,4 mln seniorów**, którym **wydano 69 mln opakowań bezpłatnych leków**, realizując przy tym 36,6 mln recept z kodem uprawniającym „S”.<sup>8</sup>

Wydatki na bezpłatne zaopatrzenie seniorów w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia, w części finansowanej ze środków, o których mowa w art.43a ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w latach 2016–2020 przedstawiają się następująco:

**Tabela 1. Wydatki na dofinansowanie leków dla seniorów w ramach Programu Leków 75+ w mln zł:**

Rok	2016 (IX–XII)	2017	2018	2019	2020
Limit wydatków	125,0	564,3	693,3	733,4	836,0
Wydatkowano	83,0	489,0	685,0	715,2	754,8
% realizacji	66,4%	86,7%	98,8%	97,5%	90,3%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji Ministerstwa Zdrowia.

Wprowadzenie Programu Leków 75+ miało wpływ na poprawę faktycznego dostępu starszych osób do produktów leczniczych. Wraz z uruchomieniem tego Programu zauważalny był w budżetach domowych osób, które ukończyły 75. rok życia, spadek wydatków na leki. Według wyników badania ankietowego przeprowadzonego przez NIK wśród świadczeniobiorców w wieku powyżej 75 lat, po wprowadzeniu bezpłatnego dostępu do leków 90% respondentów odbiera wszystkie bezpłatne leki przepisane przez lekarza rodzinnego, a 70% z nich deklaruje, że ma zapewniony bezpłatny dostęp do niezbędnych preparatów.<sup>9</sup>

W 2017 r. wydatki na leki refundowane poniesione przez świadczeniobiorców, którzy ukończyli 75. rok życia, wyniosły prawie 480 mln zł i były znacząco niższe niż wydatki poniesione w 2015 r. w wysokości 860 mln zł. (spadek o 40%). Ponad 60% ankietowanych przyznało, że zauważa miesięczny spadek kosztów realizacji recept. Skala miesięcznych oszczędności z tytułu bezpłatnego dostępu do leków u 58% ankietowanych wynosiła do 50 zł, 26% ankietowanych zaoszczędziło od 50 do 100 zł miesięcznie, 4% respondentów – od 100 do 150 zł, 7% respondentów – od 150 do 200 zł, 3% respondentów – od 200 do 300 zł, zaś 2% ankietowanych – powyżej 300 zł.<sup>10</sup>

Skalę oszczędności w wydatkach na leki po wprowadzeniu Programu Leków 75+ deklarowaną przez respondentów we wspomnianym powyżej badaniu NIK przedstawia wykres nr 3.

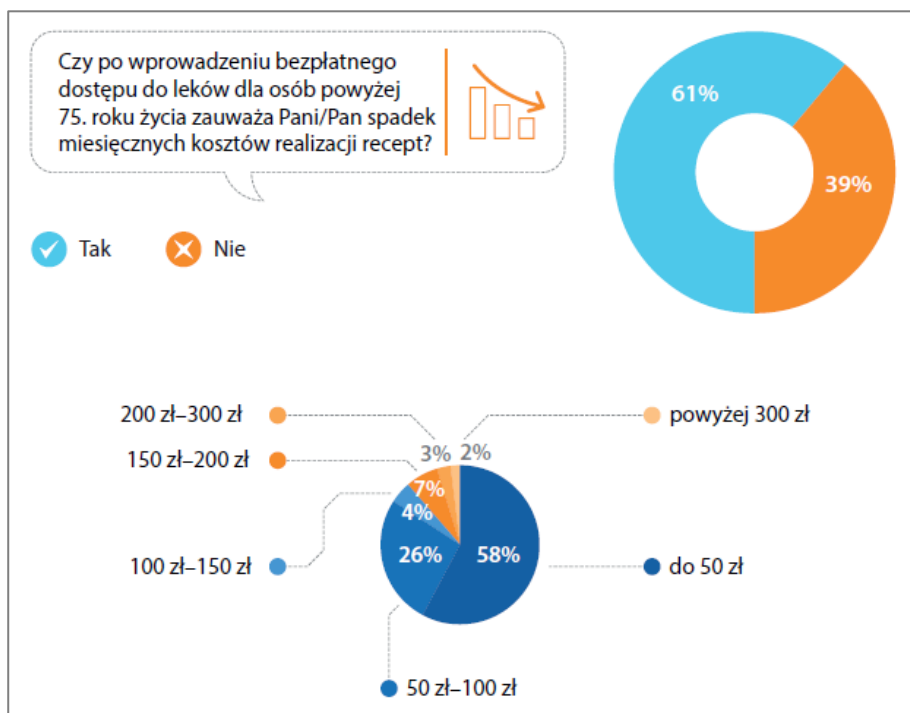
<sup>7</sup> Ministerstwo Zdrowia, *Leki 75+*, on-line: <https://75plus.mz.gov.pl/> [dostęp: 02.07.2021 r.]

<sup>8</sup> Ibidem

<sup>9</sup> Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli. Program bezpłatnych leków dla seniorów leki 75+*, Warszawa, 2019

<sup>10</sup> Ibidem

Wykres 3. Deklarowana przez respondentów skala oszczędności w wydatkach na leki po wprowadzeniu Programu Leków 75+



Źródło: Najwyższa Izba Kontroli, Informacja o wynikach kontroli. Program bezpłatnych leków dla seniorów leki 75+, Warszawa, 2019, str. 12

### III. WYDATKI NA LEKI SENIORÓW W WIEKU 70–75 ORAZ POWYŻEJ 75 ROKU ŻYCIA

Zgodnie z informacją przekazaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia całkowite wydatki na leki pacjentów w wieku pow. 75 r.ż. wynosiły w latach 2015–2020 od około 2,6 mld zł (w 2015 r.) do 3,4 mld zł (w 2020 r.). Dopłata do leków dla seniorów pow. 75 r.ż. w ramach Programu Leków 75+ w relacji do wydatków na leki razem stanowiła od 3,2% w 2016 r. (przy czym należy podkreślić, że w 2016 r. Program uruchomiono w połowie września) do 22,1% w 2020 r. Udział dopłaty pacjentów w całkowitych wydatkach na leki w analizowanym okresie spadł z 33,6% do kilku procent (0,9–8,4%). Pełną informację na temat całkowitych wydatków na leki pacjentów w wieku pow. 75 r.ż. przedstawiono w Tabeli nr 2 oraz na Wykresie nr 4.

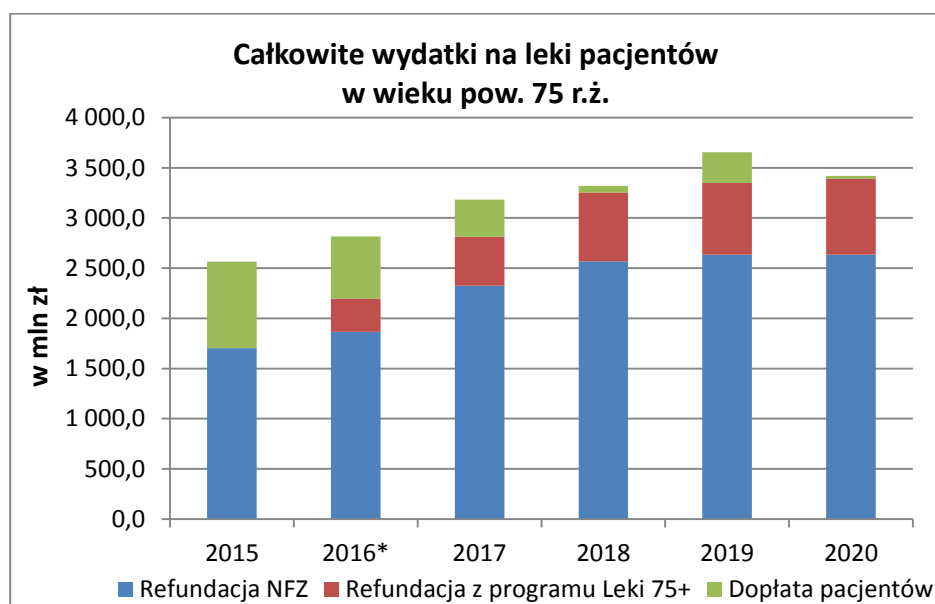
Tabela 2. Całkowite wydatki na leki pacjentów w wieku pow. 75 r.ż. w mln zł:

Rok	Refundacja z programu Leków 75+	Udział Programu Leków 75+ w wydatkach na leki RAZEM	Refundacja NFZ	Dopłata pacjentów	Udział dopłaty pacjentów w wydatkach na leki RAZEM	RAZEM
2015	–	–	1 704,4	860,6	33,6%	2 565,0
2016*	83,0	3,2%	1 865,8	618,8	24,1%	2 567,6
2017	489,0	15,4%	2 324,3	369,9	11,6%	3 183,2
2018	685,0	20,6%	2 567,8	66,9	2,0%	3 319,7
2019	715,2	19,6%	2 634,7	307,0	8,4%	3 656,9
2020	754,8	22,1%	2 635,2	31,0	0,9%	3 421,0

\* W 2016 r. refundacja z programu Leków 75+ obejmowała okres od września do grudnia.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wykres 4. Całkowite wydatki na leki pacjentów w wieku pow. 75 r.ż.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji Narodowego Funduszu Zdrowia.

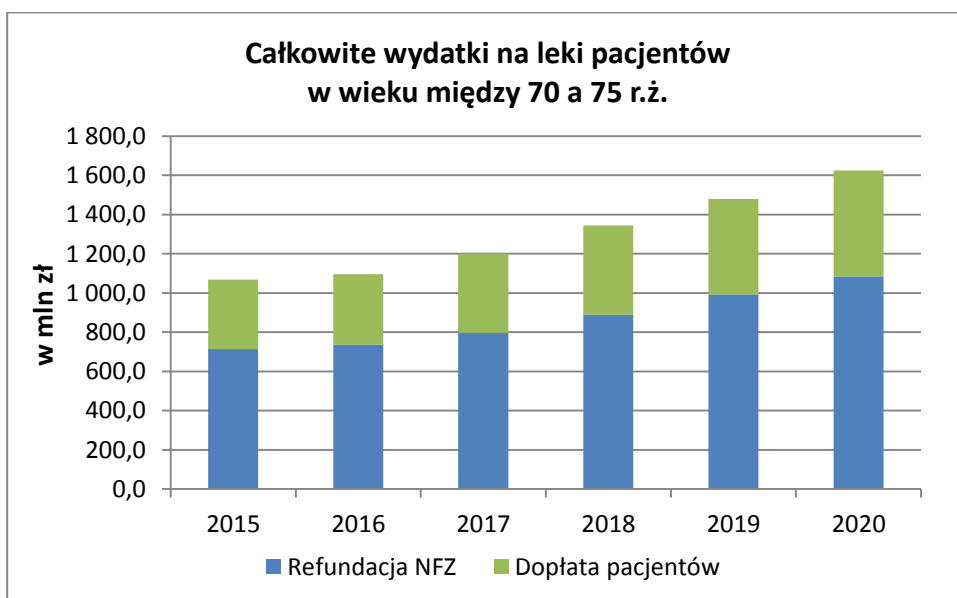
W przypadku pacjentów w wieku między 70 a 75 r.ż. całkowite wydatki na leki wynosiły w latach 2015–2020 od około 1,1 mld zł (w 2015 r.) do 1,6 mld zł (w 2020 r.). Dopłata pacjentów w wieku między 70 a 75 r.ż. do leków stanowiła w analizowanym okresie około 33%. Pełną informację na temat całkowitych wydatków na leki pacjentów w wieku pow. 75 r.ż. przedstawiono w Tabeli nr 3 oraz na Wykresie nr 5.

Tabela 3. Całkowite wydatki na leki pacjentów między 70 a 75 r.ż. w mln zł:

Rok	Refundacja NFZ	Dopłata pacjentów	Udział dopłaty pacjentów w całkowitych wydatkach na leki	Całkowity koszt leków
2015	713,8	355,2	33,2%	1 069,0
2016	736,5	359,6	32,8%	1 096,1
2017	797,0	402,9	33,6%	1 199,9
2018	889,2	455,5	33,9%	1 344,7
2019	992,5	487,6	32,9%	1 480,1
2020	1 085,3	539,0	33,2%	1 624,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wykres 5. Całkowite wydatki na leki pacjentów między 70 a 75 r.ż.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji Narodowego Funduszu Zdrowia.

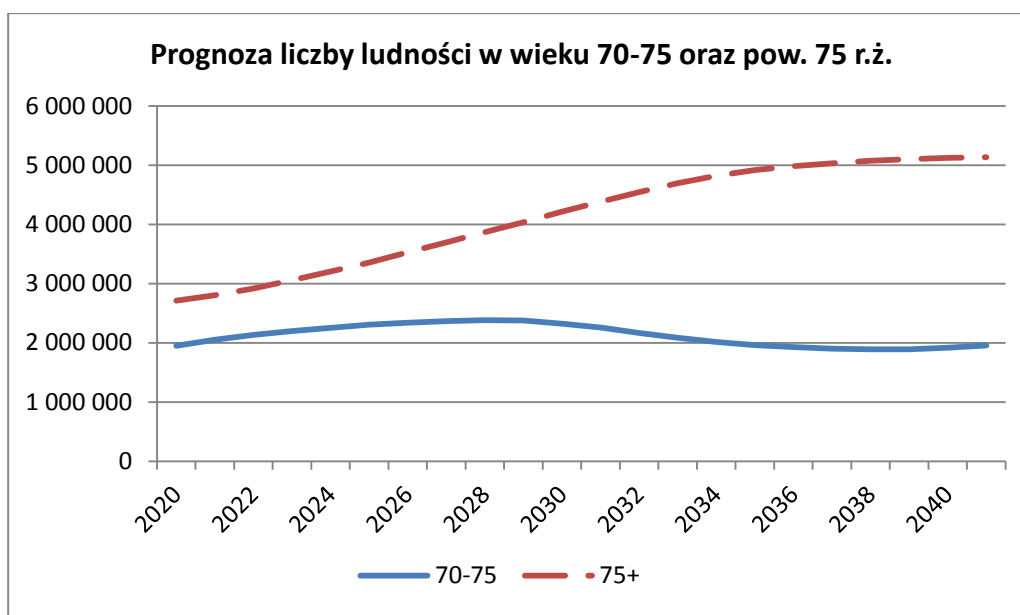
#### IV. PROGNOZA LICZBY LUDNOŚCI W WIEKU POWYŻEJ 70 ROKU ŻYCIA WEDŁUG GUS

Według stanu na dzień 31 XII 2020 r. liczba ludności w Polsce wynosiła prawie **38,4 mln**, w tym prawie 2,7 mln stanowiły osoby w wieku 75 lat i więcej (7,3% ludności ogółem). Liczba osób w wieku między 70 a 75 r.ż. wyniosła około 1,9 mln (5,1% ludności ogółem). Zgodnie z prognozą ludności GUS liczba ludności w Polsce w kolejnych latach będzie stopniowo maleć i w 2020 r. wyniesie około 37,2 mln, zaś w 2040 r. – około 35,7 mln. Udział osób starszych (w wieku co najmniej 75 lat) w ogólnej populacji w 2030 r. wzrośnie do 11%, a w 2040 r. do 13,3%. Powyższa tendencja jest efektem starzenia się ludności Polski w wyniku oddziaływania coraz dłuższego trwania życia (wzrost odsetka osób w mocno zaawansowanym wieku) w połączeniu z obserwowaną w Polsce niską dzietnością, tj. rosnący udział osób w starszym wieku w ogólnej populacji, w miejsce udziału dzieci i młodzieży.

Udział grupy wiekowej między 70 a 75 lat charakteryzuje się znacznie niższą dynamiką zmian w porównaniu do grupy pow. 75 lat. Liczba ludności w tej grupie wiekowej do roku 2028 będzie wzrastać (w 2030 r. udział tej grupy w populacji ogółem wyniesie 6,1%), a następnie będzie stopniowo spadać (w 2040 r. udział tej grupy w populacji ogółem powróci do poziomu z 2020 r. i wyniesie około 5,0%).

Prognozę liczby ludności w wieku 70–75 oraz pow. 75 r.ż. według danych GUS do 2040 r. przedstawiono na wykresie nr 6 oraz w Tabeli nr 4.

Wykres 6. Prognoza liczby ludności w wieku 70–75 oraz pow. 75 r.ż. wg GUS



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Tabela 4. Prognoza liczby ludności w wieku pow. 70 r.ż.

Rok	Liczba ludności w wieku 70–75 lat	Liczba ludności w wieku pow. 75 lat	Udział grupy wiekowej 70–75 lat w grupie wiekowej pow. 75 lat
2020*	1 947 962	2 697 462	71,1%
2021	2 053 925	2 801 203	73,3%
2022	2 134 497	2 918 445	73,1%
2023	2 196 829	3 056 271	71,9%
2024	2 250 463	3 200 667	70,3%
2025	2 305 937	3 356 856	68,7%
2026	2 337 088	3 526 393	66,3%

2027	2 365 970	3 697 003	64,0%
2028	2 379 769	3 868 310	61,5%
2029	2 374 631	4 035 927	58,8%
2030	2 323 804	4 213 628	55,2%
2031	2 254 705	4 380 008	51,5%
2032	2 167 651	4 543 801	47,7%
2033	2 086 351	4 693 200	44,5%
2034	2 013 311	4 821 005	41,8%
2035	1 959 820	4 915 934	39,9%
2036	1 925 103	4 983 237	38,6%
2037	1 903 182	5 031 698	37,8%
2038	1 888 891	5 072 731	37,2%
2039	1 889 808	5 102 444	37,0%
2040	1 914 128	5 121 262	37,4%
2041	1 955 651	5 133 782	38,1%

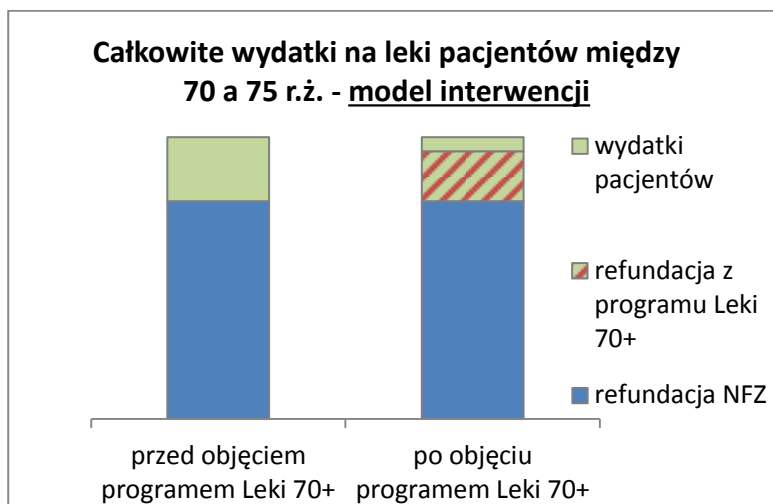
\* W 2020 r. faktyczny stan ludności na dzień 31 XII

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

## V. METODOLOGIA OSZACOWANIA SKUTKÓW REGULACJI

Projektowana regulacja polega na objęciu bezpłatnym zaopatrzeniem w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz w wyroby medyczne określone w wykazie ogłaszanym przez Ministra Zdrowia również świadczeniobiorców, którzy ukończyli 70. rok życia, jednakże legitymują się wiekiem niższym niż 75. rok życia. Obecnie dostęp do bezpłatnych leków mają wyłącznie seniorzy po ukończeniu 75. r.ż. Model interwencji odpowiadający projektowanej regulacji przedstawia wykres nr 7. Zakłada on, że część dotychczasowych wydatków na leki ponoszonych przez pacjentów w wieku między 70 a 75 r.ż. zostanie pokryta w ramach dopłaty z rozszerzonego programu Leki 75+, zwanego dalej „programem Leki 70+”.

Wykres 7. Model interwencji



Źródło: Opracowanie własne.

Metodologia sporządzenia OSR opiera się na:

- oszacowaniu kwoty dopłaty do leków dla świadczeniobiorców w wieku między 70 a 75 r.ż. w ramach programu Leki 70+ w roku bazowym,
- oszacowaniu prognozowanej wysokości całkowitych wydatków na leki pacjentów w wieku między 70 a 75 r.ż. w latach 2021–2025,
- uwzględnieniu dynamiki wzrostu całkowitych wydatków na leki w analizowanej grupie wiekowej.

Oszacowania kwoty dopłaty do leków dla świadczeniobiorców w wieku między 70 a 75 r.ż. w ramach programu Leki 70+ w roku bazowym, tj. 2020, dokonano na podstawie kwoty limitu wydatków Programu Leki 75+, wynikającej z ustawy z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, a także relacji liczby ludności w wieku 70–75 lat do liczby ludności w wieku pow. 75 lat.

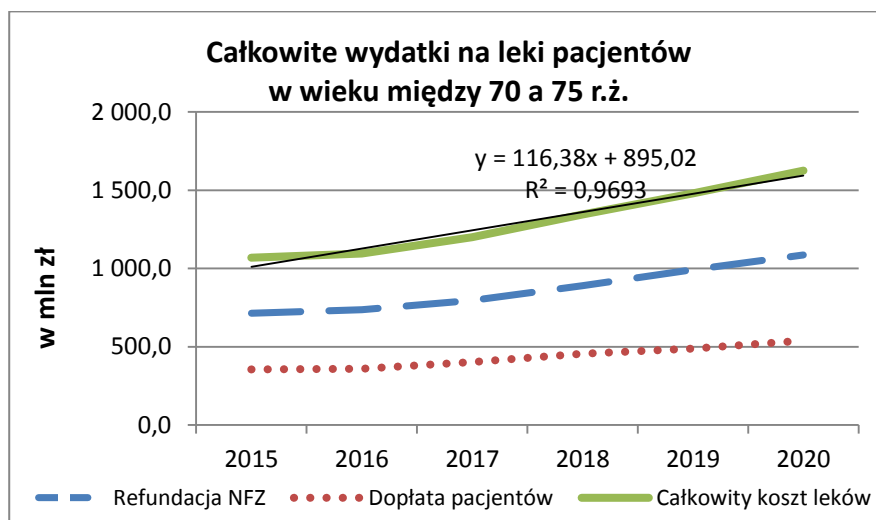
Tabela 5. Szacowana kwota wydatków na dopłatę do leków dla seniorów w wieku między 70 a 75 r.ż. w roku bazowym

Rok bazowy	Limit wydatków w Programie Leki 75+ (w mln zł)	Udział grupy wiekowej 70–75 lat w grupie wiekowej pow. 75 lat	Szacowana kwota wydatków na dopłatę do leków dla seniorów w wieku między 70 a 75 r.ż. (w mln zł)
2020	836,0	71,8%	600,6

Źródło: Opracowanie własne.

Prognozy wysokości całkowitych wydatków na leki pacjentów w wieku między 70 a 75 r.ż. w latach 2021–2025 dokonano na podstawie liniowej funkcji trendu o postaci  $y_t = 116,38t + 895,02$ , gdzie  $t = 1, \dots, n$ . Funkcja trendu obrazuje zmiany wysokości wydatków na leki w czasie (w tym przypadku wzrost wysokości). Współczynnik determinacji liniowej  $R^2$  wynosi 96,93%, co świadczy o bardzo dobrym dopasowaniu równania regresji do danych empirycznych.

Wykres 8. Dynamika wzrostu wydatków na leki pacjentów między 70 a 75 r.ż.



Źródło: Opracowanie własne.

W szacunkach kwoty wydatków na dopłatę do leków dla seniorów w wieku między 70 a 75 r.ż. w ramach Programu Leki 70+ uwzględniono dynamikę zmiany wysokości całkowitych wydatków na leki pacjentów w tej grupie wiekowej, jako parametr pośrednio odzwierciedlający zarówno dynamikę wzrostu cen leków oraz zmianę liczby ludności w analizowanej grupie wiekowej.

Tabela 6. Szacowane wydatki na dopłatę do leków dla seniorów w wieku między 70 a 75 r.ż.

Rok	Całkowite wydatki na leki pacjentów w wieku między 70 a 75 r.ż. (w mln zł)	Dynamika wzrostu wydatków	Szacowana kwota wydatków na dopłatę do leków dla seniorów w wieku między 70 a 75 r.ż. (w mln zł)
2015	1 069,0		
2016	1 096,1	102,5%	
2017	1 199,9	109,5%	
2018	1 344,7	112,1%	
2019	1 480,1	110,1%	
2020	1 624,3	109,7%	<b>600,6</b>
2021*	1 709,7	105,3%	<b>632,1</b>
2022*	1 826,1	106,8%	<b>675,2</b>
2023*	1 942,4	106,4%	<b>718,2</b>
2024*	2 058,8	106,0%	<b>761,2</b>
2025*	2 175,2	105,7%	<b>804,3</b>

\* W latach 2021–2025 prognoza wysokości całkowitych wydatków na leki pacjentów w wieku między 70 a 75 r.ż.

Źródło: Opracowanie własne.



Na podstawie powyższych założeń szacuje się, że skutki finansowe projektowanej regulacji wyniosą od 632,1 mln zł w roku wejścia w życie ustawy do 804,3 mln zł w roku 2025. W związku z tym, że ustawa wejdzie w życie najwcześniej pod koniec 2021 r., w pkt 6 OSR w 2021 r. przyjęto skutki finansowe w skali 4 m-cy. Łączne skutki finansowe projektowanej regulacji do 2025 r. można zatem określić na poziomie około **3,2 mld zł**.