



Minister Zdrowia

PLR2.050.46.2026.RB
Warszawa, 26 sierpnia 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 18028 z 2 lipca 2026 r. Pośła na Sejm RP, Pana Marcina Józefaciuka w sprawie funkcjonowania oraz planowanych zmian w programie bezpłatnych leków dla seniorów, Minister Zdrowia przedstawia następujące informacje.

Szczegółowe unormowania prawne regulujące kwestie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym do leków refundowanych, określa ustawa o świadczeniach¹.

Prawo do bezpłatnych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dla osób po 65. roku życia (tzw. Program bezpłatnych leków 65+) reguluje art. 43a ww. ustawy o świadczeniach. Program ten stanowi istotny element polityki zdrowotnej państwa, którego celem jest zwiększenie dostępności do farmakoterapii dla grup pacjentów wymagających szczególnego wsparcia.

Warunki otrzymania przez pacjenta produktu leczniczego bezpłatnie są następujące:

1. **wskazanie objęte refundacją:** lekarz zdiagnozował u pacjenta schorzenie, które zawiera się w zakresie wskazań objętych refundacją dla danego leku (wskazania znajdują się w załączniku A1 obwieszczenia refundacyjnego);
2. **wiek: wszyscy** pacjenci, którzy w dniu wystawiania recepty na leki ukończyli 65. rok życia, weryfikowany przez numer PESEL (u osób, które nie mają numeru PESEL, będzie to data urodzenia);

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 907, z późn.zm.), zwana dalej „ustawą o świadczeniach”.

3. **wykaz** – lek znajduje się w wykazie Leków 65+ (załącznik D2 obwieszczenia refundacyjnego) – **w celu obecności danego leku w wykazie Leków 65+, w pierwszej kolejności lek ten musi być objęty refundacją, czyli:**
 - znajduje się w załączniku A1 obwieszczenia refundacyjnego;
 - objętych bezpłatnym dostępem dla pacjentów 65+ jest część leków znajdujących się w załączniku A1. Są to leki, które stosowane są w leczeniu chorób wieku podeszłego (**aktualnie 3730 pozycje**);
4. **receptę wystawia osoba uprawniona (np. lekarz, pielęgniarka, starszy felczer czy farmaceuta)** do wypisania na receptę bezpłatnych leków dla pacjenta, który ukończył 65. rok życia;
5. zgodnie z np. 43 a ust. 1b ustawy o świadczeniach: **obowiązek weryfikacji** przed wystawieniem tzw. recepty 65+ przez lekarza lub pielęgniarkę uprawnionych do wypisania na receptę bezpłatnych leków dla pacjenta, który ukończył 65. rok życia, jakie produkty są zalecane danemu pacjentowi przez innych lekarzy i jakie są przez niego stosowane, co ma znaczenie np. dla bezpieczeństwa i skuteczności leczenia pacjentów;
6. **recepta** – na receptę w rubryce „kod uprawnień dodatkowych pacjenta” np. **lekarz wpisze „S”**. Farmaceuta w aptece nie ma prawa wpisania ani poprawiania tego kodu na receptę. Odpłatność za dany lek jest oznaczana na receptę w taki sam sposób, jakby lek był przepisany na zasadach ogólnych (czyli takich jak dla pacjentów poniżej 65 r.ż. np. przy danym leku zaznaczone jest 50%, 30% lub ryczałt). W przypadku wpisania przy danym leku wartości 100% pacjent otrzyma ten lek pełnopłatnie.

Należy podkreślić, że wyłącznie obwieszczenie Ministra Zdrowia² w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych jest podstawą do finansowania produktów leczniczych z budżetu państwa oraz jest podstawowym i prawidłowym źródłem informacji na temat np. refundacji danego leku, cen produktów czy wskazań refundacyjnych.

Zasady obecności leków w tzw. wykazie Leków 65+ określa ustawa o świadczeniach w art. 43a ust. 2. Ww. ustawa stanowi, że Minister Zdrowia wskazuje spośród leków

² <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-17-czerwca-2026-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywieniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-lipca-2026-r>

refundowanych leki, które są wydawane bezpłatnie świadczeniobiorcom w wieku powyżej 65. roku życia mając na uwadze:

- 1) zaspokojenie potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców, o których mowa w ust. 1;
- 2) dostępność i bezpieczeństwo stosowania leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych;
- 3) stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w porównaniu do stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych objętych tym wykazem.

W związku z powyższym należy poinformować, że zmiany w wykazach leków bezpłatnych dotyczące zarówno włączenia, jak i wyłączenia danego leku, mogą następować zarówno w czasie okresowych przeglądów wykazów leków refundowanych jak również podczas obejmowania refundacją systemową danego leku i mogą być zależne np. od warunków kosztowych (ustalonych z wnioskodawcą) zawartych w decyzji refundacyjnej danego leku. W tym kontekście, Minister Zdrowia ma obowiązek zapewniać racjonalne finansowanie danej substancji czynnej a nie konkretnego produktu handlowego.

Od 1 września 2016 r., czyli od czasu, kiedy pacjenci po 75./65. roku życia mają dostęp do bezpłatnych leków następuje systematyczne zwiększanie ilości nowych substancji czynnych na liście bezpłatnych leków. Ostatnie większe zmiany wykazu bezpłatnych leków dla Seniorów obowiązują od 1 września 2023 r., zgodnie z którymi nastąpiło rozszerzenie wcześniej obowiązującego wykazu bezpłatnych leków, tzw. wykazu Leków 75+ o nowe substancje czynne z wykazu leków refundowanych oraz obniżenie kryterium wieku uprawniającego do bezpłatnych leków (dla osób po 65 r.ż.).

We wrześniu 2016 r. liczba substancji czynnych lub ich połączeń ujętych na wykazie (liczba pozycji wykazu) wynosiła 1 129, a aktualnie od 1 lipca 2026 r. zawiera 3730 pozycji (wzrost ok. 3,3 razy w porównaniu do pierwszego wykazu), co stanowi ponad 94 % wszystkich refundowanych leków w aptece (zakładka A1 obwieszczenia).

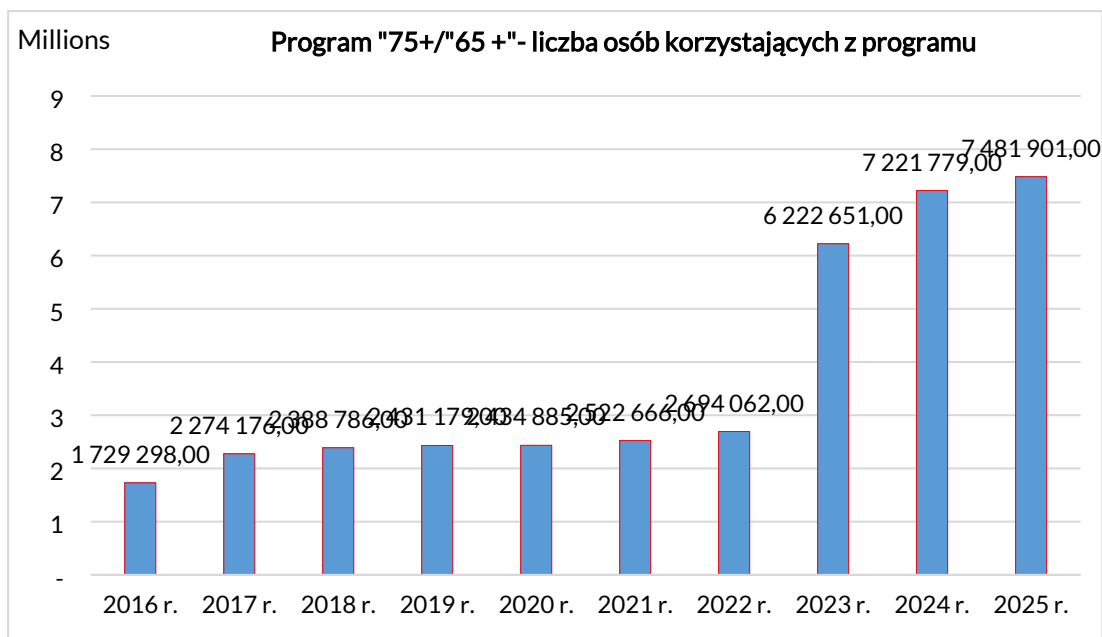
Od 2023 r. wydatki na program bezpłatnych leków 65+, ale także w zakresie całkowitej refundacji w grupie wiekowej pacjentów powyżej 65 lat zostały zwiększone blisko trzykrotnie. W 2025 r. na leki dla Seniorów 65+ w zakresie całkowitej refundacji (czyli sumy refundacji standardowej - refundacji przysługującej każdemu uprawnionemu pacjentowi bez uprawnień dodatkowych ze względu na wiek i pokrycia kosztu leku w zakresie dopłaty pacjenta w aptecę (tzw. bezpłatne zaopatrzenie)), Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył ponad 9 mld zł, w tym w zakresie bezpłatnego zaopatrzenia ponad 3,4 mld zł (bezpośredni

koszt programu 65+). Co istotne, źródłem finansowania omawianego programu jest budżet Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z planem finansowym NFZ na dany rok, który może podlegać zmianom w okresie danego roku.

Wg danych NFZ na 13 lipca 2026 r. w zakresie liczby wszystkich pacjentów w wieku powyżej 75/65 lat (niepowtarzalne nr PESEL), którzy skorzystali z programu bezpłatnych leków od początku jego istnienia (dane 01.09.2016 r. - 30.06.2026 r.) wyniosła ponad 9,5 mln, średnio miesięcznie w 2026 r. skorzystało ponad 3,8 mln. W tym miejscu, odnosząc się do kwestii poruszanej w przekazanym piśmie Minister Zdrowia wyjaśnia, iż dane przedstawione podczas posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej, czyli liczba 9,3 mln z wcześniejszego okresu, zgodnie z powyższym oznacza liczbę wszystkich osób, które skorzystały z programu od początku jego istnienia.

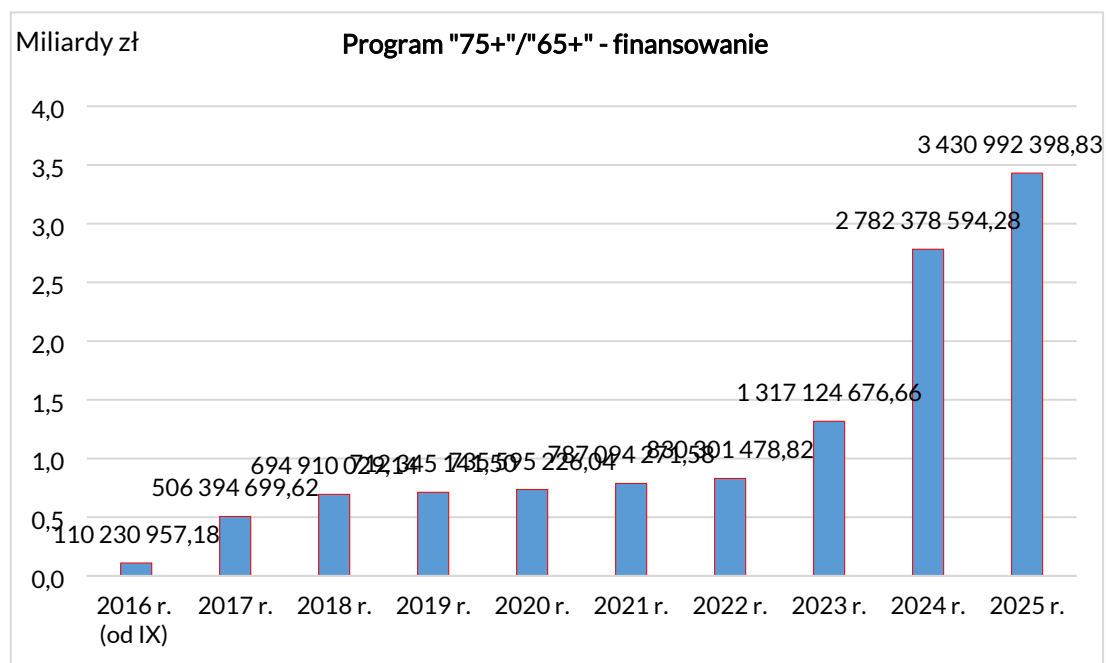
Dodatkowo dla porównania można wskazać, że w okresie od 1 września 2016 r. do 31 sierpnia 2023 r. (okres przed obniżeniem wieku uprawnionych) z programu skorzystało ponad 4 mln pacjentów w wieku co najmniej 75 lat, średnio miesięcznie było to 1,3 mln pacjentów.

Wyszczególnić należałoby również rok 2025, w którym z możliwości bezpłatnego otrzymania leków skorzystało blisko 7,5 mln pacjentów z uprawnieniem 65+ stanowiąc największą liczbę korzystających z programu pacjentów w skali roku od początku wdrożenia programu, dla porównania liczba pacjentów realizujących recepty w całym 2025 r. wyniosła ponad 23 mln. (23 117 891) pacjentów (wg niepowtarzających się nr PESEL), którzy zrealizowali zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne.



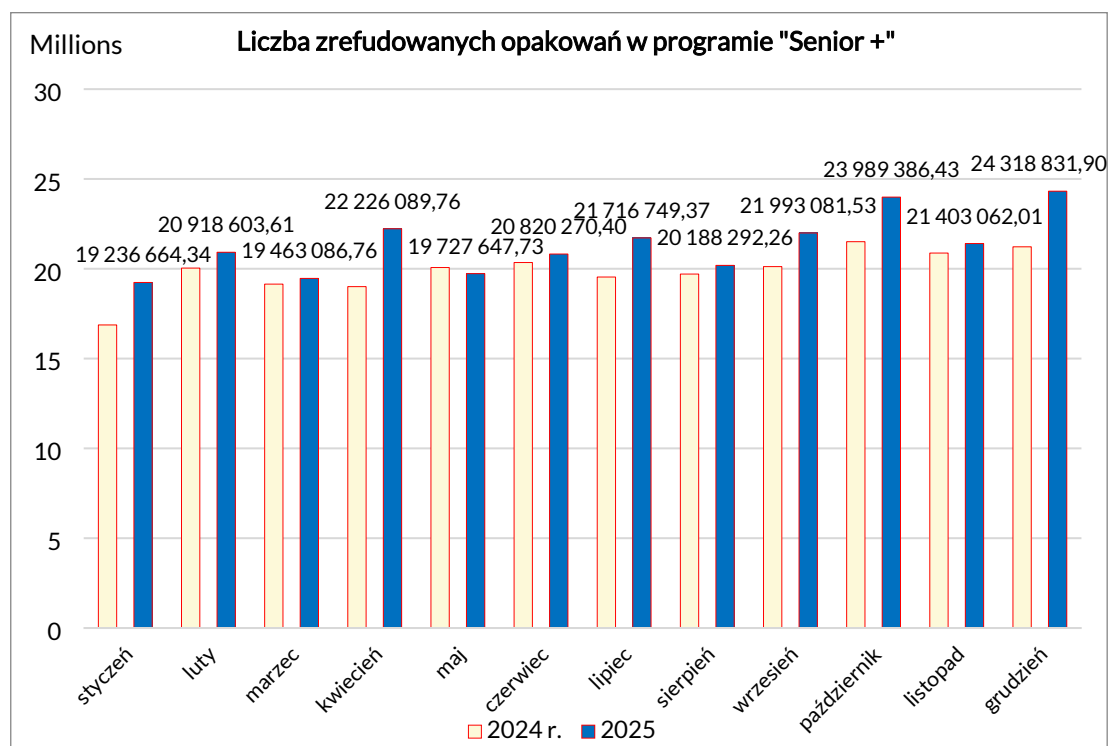
Liczba osób, które skorzystały z programu bezpłatnych leków z uprawnieniem dodatkowym „S”. Opracowano na podstawie przekazanych raportów NFZ w latach 2016-2025.

Poniższy wykres przedstawia przekrój wydatków płatnika publicznego na program (bezpośrednie koszty realizacji programu) pokazując tendencję wzrostową w porównaniu do wszystkich poprzednich lat. Na uwagę zasługują dwie ostatnie kolumny – lata 2024 - 2025, modyfikacje programu (zmiana kryterium wiekowego z 75 na 65 lat oraz rozszerzenie wykazu D2) oraz postępujące zmiany demograficzne istotnie wpływają na wzrost kosztów finansowania programu.



Wydatki na program bezpłatnych leków z uprawnieniem dodatkowym „S” – okres od 01.09.2016- 30.12.2025 r. Opracowano na podstawie danych z NFZ.

Liczbę zrefundowanych opakowań leków w ramach programu bezpłatnych leków dla seniorów w dwóch poprzednich latach przedstawia poniższy diagram. Największa liczba wydanych opakowań leków przypada na grudzień 2025 r. – zrefundowano ponad 24 mln opakowań, a łącznie w 2025 roku osobom po 65 roku życia zrefundowano ponad 256 mln opakowań leków, co stanowi przyrost na poziomie ponad 31 % względem poprzedzającego roku. Jednocześnie, w 2026 r. w okresie styczeń- czerwiec zrefundowano blisko 130 mln opakowań, tym samym wg wstępnych szacowań można spodziewać się co najmniej zachowania poziomu z roku uprzedniego.



Liczba zrefundowanych opakowań leków w latach 2024- 2025 r. Opracowano na podstawie raportów NFZ

Należy zaznaczyć, że Minister Zdrowia przy udziale Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, mając na uwadze utrzymanie tempa wdrażania nowych technologii w Polsce oraz wzmocnienie bezpieczeństwa lekowego w Polsce, analizuje funkcjonowanie obowiązujących rozwiązań w zakresie listy leków na bezpłatnych wykazach. Głównym celem aktualnie prowadzonych analiz w kontekście modyfikacji bezpłatnych wykazów nie jest ograniczenie dostępu do bezpłatnych leków, a wygenerowanie dodatkowych możliwości dla zwiększania dostępności produktów leczniczych dla pacjentów. Dzisiejsza konstrukcja bezpłatnych wykazów generuje sytuację,

w których płatnik publiczny pokrywa pełny koszt takich samych leków innych producentów, różniących się jednak kilkukrotnie pod względem warunków kosztowych.

Analiza struktury dotychczasowych wydatków na ten cel w zakresie liczby pacjentów oraz kosztów doprowadziła do wniosku, iż liczba pacjentów korzystających z wykazów utrzymuje się na podobnym poziomie **wzrasta natomiast koszt tego świadczenia czego źródłem wydaje się być wzrost udziału w sprzedaży w tej grupie osób leków z wyższą dopłatą** (wyższą ceną detaliczną). W roku 2016 r. 1 pozycja recepty kosztowała średnio 43,3 zł (łącznie koszt refundacji i dopłat pacjenta), a w 2025 r. średnia wartość wzrosła do 66,1 zł (wzrost o 52%). Pomimo systematycznych zmian w strukturze demograficznej (starzenie społeczeństwa), wartość wydatków NFZ na refundację apteczną pozostawała na zbliżonym poziomie lub notowała umiarkowane wzrosty, jednak po rozszerzeniu kryteriów programu bezpłatnych leków podlega znaczącym wzrostom nieproporcjonalnym do liczby pacjentów.

Wraz z utworzeniem pierwszych wykazów przyjęto liberalne, na tle innych państw UE, podejście do tworzenia bezpłatnych wykazów poprzez ujmowanie na wykazie wszystkich produktów refundowanych w danym wskazaniu z daną substancją czynną niezależnie od ceny, brak jednoznacznych wytycznych determinujących włączenie do bezpłatnego wykazu oraz dowolność w wyborze opcji terapeutycznej o różnej cenie przez pacjenta przy całkowitej bezpłatności związanej z tym wyborem (bezpłatność za leki, dowolność wyboru pacjenta). Jednak należy zauważyć, że określone zostały wówczas limity wydatków na ten cel³ i w latach 2016-2025 maksymalny limit wydatków z budżetu państwa na program bezpłatnych leków dla seniorów 75+ miał wynosić 8 274 600 tys. zł z odpowiednim podziałem na poszczególne lata. W przypadku przekroczenia limitu wydatków minister właściwy do spraw zdrowia miał wdrożyć mechanizm korygujący, polegający na zmianie dotyczącej wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, w zakresie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, wydawanych bezpłatnie świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia. W grudniu 2022 r. ustawą o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw z dnia 16 listopada 2022 r. (Dz.U. z 2022 r. poz. 2770) zniesiono limity finansowania na lata 2023 – 2025.

Mając zatem na uwadze, że w przeszłości obowiązywały zarówno limity finansowania programu bezpłatnych leków, jak i mechanizmy umożliwiające ministrowi właściwemu do

³ ustawa z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016 r. poz. 652).

spraw zdrowia korygowanie wykazu produktów wydawanych bezpłatnie w przypadku przekroczenia tych limitów, podjęcie działań służących ponownemu uregulowaniu i racjonalizacji wydatków w tym obszarze nie powinno być uznawane za rozwiązanie o charakterze nowatorskim. Potrzeba takich działań jest tym bardziej uzasadniona w świetle aktualnej dynamiki wydatków – nakłady poniesione wyłącznie w 2025 r. przekroczyły bowiem 40% łącznego limitu pierwotnie przewidzianego na cały dziesięcioletni okres 2016–2025. W ocenie Ministra Zdrowia zasadne jest zatem rozważenie przywrócenia odpowiednich narzędzi pozwalających na skuteczne monitorowanie zasad tworzenia list S, przy jednoczesnym zachowaniu właściwego poziomu dostępności bezpłatnych leków dla uprawnionych świadczeniobiorców

Tworzenie oraz prowadzenie przedmiotowej listy pozostają w wyłącznych kompetencjach Ministra Zdrowia, w związku z tym proces jej aktualizacji nie wymaga odrębnych konsultacji.

Odnosząc się do pytania o planowane działania ukierunkowane na zwiększenie dostępności świadczeń diagnostycznych, profilaktycznych oraz terapeutycznych należy wskazać, że Ministerstwo Zdrowia realizuje oraz planuje działania mające na celu zwiększenie dostępności świadczeń diagnostycznych, profilaktycznych i terapeutycznych w ramach systemu ochrony zdrowia, przy zachowaniu konstytucyjnej zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Oznacza to, że podejmowane działania kierowane są do wszystkich pacjentów zgodnie z ich potrzebami zdrowotnymi i wskazaniami medycznymi, niezależnie od wieku, a nie wyłącznie do określonych grup wiekowych, w tym osób starszych. Minister Zdrowia na bieżąco prowadzi prace związane z oceną, weryfikacją i rozszerzaniem wykazów świadczeń gwarantowanych, uwzględniając m.in. wpływ danego świadczenia na stan zdrowia populacji, skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo stosowanych metod diagnostycznych i terapeutycznych, jak również skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia. W kontekście postępujących zmian demograficznych oraz starzenia się społeczeństwa podejmowane są działania służące wzmacnianiu dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych na wszystkich poziomach opieki. Obejmują one w szczególności rozwój profilaktyki zdrowotnej, poprawę dostępu do diagnostyki, usprawnianie ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych, rozwój opieki koordynowanej, wzmacnianie podstawowej opieki zdrowotnej oraz rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Z rozwiązań tych korzystają wszyscy pacjenci spełniający kryteria medyczne wynikające z obowiązujących przepisów i zaleceń klinicznych. Realizowane oraz planowane działania nie są dedykowane wyłącznie osobom starszym, jednak ze względu na częstsze występowanie w tej grupie chorób przewlekłych, wielochorobowości oraz zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, osoby starsze należą do głównych

beneficjentów rozwiązań zwiększających dostępność świadczeń opieki zdrowotnej. Przykładem działań służących poprawie dostępności do świadczeń jest wprowadzona w 2025 r. zmiana zasad finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, mająca na celu zwiększenie dostępności świadczeń dla pacjentów pierwszorazowych. Na podstawie zarządzenia nr 23/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmodyfikowano zasady finansowania świadczeń w zależności od udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych realizowanych przez świadczeniodawców, co ma zachęcać do zwiększania dostępności konsultacji specjalistycznych. W celu zwiększenia dostępności badań diagnostycznych Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia podejmują działania obejmujące m.in. monitorowanie dostępności świadczeń, zabezpieczanie ich finansowania poprzez zawieranie i aneksowanie umów ze świadczeniodawcami w ramach dostępnych środków, a także monitorowanie realizacji zawartych umów. W obszarze profilaktyki kontynuowane są działania zmierzające do rozszerzania zakresu badań przesiewowych. Aktualnie zostało podpisane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 lipca 2026 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, które przewiduje włączenie do świadczeń gwarantowanych nowego Programu badań przesiewowych raka płuca z wykorzystaniem badania niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK). Program skierowany jest do osób z grup podwyższonego ryzyka zachorowania na raka płuca, w szczególności wieloletnich palaczy tytoniu w wieku 50-74 lat. Planowane jest zawieranie umów na realizację programu od 1 października 2026 r. Program ma na celu zwiększenie wykrywalności raka płuca we wczesnych stadiach zaawansowania, co może znacząco wpłynąć na skuteczność leczenia i poprawę rokowania pacjentów. Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej i geriatrycznej jest realizowane poprzez inwestycję D4.1.1 KPO pn. „Rozwój opieki długoterminowej lub geriatrycznej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym”. W wyniku realizacji przedsięwzięć w ramach ww. inwestycji, w zakresie opieki długoterminowej planowane jest utworzenie 1 461 nowych łóżek i przekształcenie 1 460 istniejących łóżek, co daje łącznie 2 921 łóżek objętych interwencją. Dodatkowe łóżka zwiększą potencjał wykonawczy świadczeniodawców i umożliwią objęcie opieką nowych pacjentów. Jednocześnie należy wskazać, że Minister Zdrowia powyższe informacje przedstawił już w odpowiedzi na interpelację nr 17343 Posła Marcina Józefaciuka w sprawie dostępności lekarzy geriatrów oraz rozwoju opieki długoterminowej w Polsce. Dodatkowo, w celu usprawnienia procesów diagnostyczno-terapeutycznych, realizowanych również na rzecz seniorów, które wymagają realizacji w warunkach zabezpieczenia szpitalnego, wprowadzono zmianę w zakresie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r., poz. 870, z późn. zm.). Celem rzeczonyj zmiany było

zoptymalizowanie świadczeń, które nie wymagają pobytu pacjenta w szpitalu powyżej 12 godzin. Wprowadzone rozwiązanie znosi szereg czynności wykonywanych przez personel medyczny, związanych z nadmiarową dokumentacją medyczną i pozwala na efektywniejsze wykorzystanie czasu pracy personelu medycznego, w tym skutkuje możliwością poświęcenia więcej czasu pacjentom wymagającym bardziej złożonej opieki, co może przełożyć się na poprawę dostępności świadczeń oraz skrócenie czasu oczekiwania na wybrane procedury medyczne.

Ponadto, aktualnie toczą się prace nad zniesieniem kryterium wiekowego przy kwalifikacji pacjentów do świadczenia *Leczenie insuliną z zastosowaniem pompy insulinowej: Założenie pompy insulinowej*. Obecnie do świadczenia są kwalifikowani pacjenci do 26 r.ż., planuje się, że świadczenie będzie dostępne również dla osób pow. 26 r.ż. z cukrzycą typu 1 i 3.

Działania związane z poprawą dostępności świadczeń diagnostycznych, profilaktycznych i terapeutycznych mają charakter ciągły i są realizowane sukcesywnie, z uwzględnieniem bieżących potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, dostępnych dowodów naukowych oraz możliwości organizacyjnych i finansowych systemu ochrony zdrowia. W związku z tym nie mają one jednego, zamkniętego harmonogramu realizacji, lecz są wdrażane etapowo w ramach kolejnych zmian organizacyjnych, prawnych i finansowych w systemie ochrony zdrowia.

Należy w tym miejscu wskazać, iż Minister Zdrowia wraz z jednostkami podległymi utrzymuje stałe monitorowanie dostępności rynkowej produktów leczniczych w ramach posiadanych kompetencji.

W kwestii zapewnienia dostępności do leków w pierwszej kolejności należy wskazać, że zarządzeniem z dnia 19 lipca 2019 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2019 r. poz. 57) powołany został Zespół do spraw przeciwdziałania brakom w dostępności produktów leczniczych. Zespół analizuje sytuację rynkową leków, w odpowiedzi na zgłoszenia dotyczące problemów z nabyciem leku przez polskich pacjentów. Analizy prowadzone są w oparciu o kryteria uwzględniające m. in.: wielkość stanów magazynowych na poziomie podmiotu odpowiedzialnego, hurtowni farmaceutycznych oraz aptek, wielkość planowanych dostaw, wielkość sprzedaży, liczebność populacji w danym wskazaniu, możliwość stosowania zamiennictwa czy alternatywnych technologii lekowych. Jednym z zadań Zespołu jest przygotowywanie rekomendacji dla Ministra Zdrowia oraz organów podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia w zakresie działań, które powinny zostać podjęte w celu przeciwdziałania brakom dostępności produktów leczniczych.

Głównym narzędziem umożliwiającym przeprowadzanie analiz jest Zintegrowany System Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL), którego podstawowym

zadaniem jest gromadzenie i przetwarzanie informacji o stanach magazynowych, na podstawie codziennych raportów składanych przez podmioty odpowiedzialne, hurtownie farmaceutyczne i apteki. Pełny zakres przekazywanych danych określa art. 72a ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. poz. 612, z późn. zm.).

Innym narzędziem pomocowym w zakresie monitorowania dostępności produktów leczniczych jest Moduł Eksploracji Rynku Leków, czyli narzędzie integrujące informacje o wystawionych i zrealizowanych receptach oraz o stanach magazynowych i wielkości obrotu między uczestnikami rynku, wyliczanych na podstawie transakcji gromadzonych w systemie ZSMOPL.

Zgodnie z obowiązkiem ustawowym wszystkie apteki ogólnodostępne są zobowiązane do posiadania produktów leczniczych i wyrobów medycznych w ilości i asortymencie niezbędnym do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych miejscowej ludności, a jeżeli w aptece ogólnodostępnej brak jest poszukiwanego produktu leczniczego, w tym również leku recepturowego, farmaceuta powinien zapewnić jego nabycie w tej aptece w terminie uzgodnionym z pacjentem.

Ponadto w przypadku, gdy podmiot prowadzący aptekę, punkt apteczny lub dział farmacji szpitalnej nie może wykonać obowiązku zapewnienia dostępu do produktu leczniczego wydawanego na receptę, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, jest obowiązany w ciągu 24 godzin poinformować o tym za pośrednictwem ZSMOPL właściwego miejscowo wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, który ustala przyczyny braku tego dostępu, a następnie inspektor wojewódzki niezwłocznie informuje Głównego Inspektora Farmaceutycznego o braku dostępności i jej przyczynach. Następnie Główny Inspektor Farmaceutyczny przesyła Ministrowi Zdrowia cotygodniowe raporty w sprawie sytuacji dostępności produktów leczniczych na rynku krajowym. W raportach tych Główny Inspektor Farmaceutyczny wskazuje leki, które zostały zgłoszone przez 5% aptek w danym województwie, wobec których wystąpiły problemy z realizacją zamówień z hurtowni farmaceutycznej.

Monitorowanie dostępności produktów leczniczych przez Ministra Zdrowia ma więc najczęściej wymiar krajowy, natomiast szczegółowa analiza dostępności leków na obszarach regionalnych leży po stronie Wojewódzkich Inspektoratów Farmaceutycznych. Problemy z dostępnością produktów leczniczych na rynku mogą występować pomimo formalnej obecności produktu na rynku krajowym, będąc następstwem: nierównomiernej dystrybucji, lokalnych braków, ograniczeń logistycznych, problemów transportowych lub koncentracji zapasów w wybranych kanałach dystrybucji. Hurtownie farmaceutyczne zgodnie z art. 36 z ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. poz.

612, z późn. zm.) mają obowiązek zapewnienia stałych dostaw odpowiedniego asortymentu oraz nieprzerwanego zaspokajania zapotrzebowania podmiotów uprawnionych do obrotu detalicznego i przedsiębiorców zajmujących się obrotem hurtowym produktami leczniczymi w ilości odpowiadającej potrzebom pacjentów.

W odniesieniu do pytania o skutki rozszerzenia kręgu osób uprawnionych do wystawiania recept na bezpłatne leki dla seniorów, wskazuje się, że nie prowadzono szczegółowych analiz w kierunku oceny skutków zmian rozwiązań dotyczących rozszerzenia kręgu osób uprawnionych do wystawiania recept na bezpłatne leki dla seniorów, poprzez nowelizację dotyczącego tego zagadnienia art. 43a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która weszła w życie 14 lutego 2025 r.

Niewątpliwie jednak skutek ten był wyraźnie i jednoznacznie pozytywny z punktu widzenia zwiększenia skali dostępności do omawianego mechanizmu (programu), natomiast jest też dodatkowym obciążeniem dla płatnika publicznego. Ponieważ znacząco rozszerzono pulę osób mogących wystawiać recepty na leki bezpłatne w programie, to powyższy efekt jest oczywisty i zasadniczo nie wymaga dowodu.

Niemniej jednak jako potwierdzenie powyższego może służyć fakt, że do czasu ww. reformy do resortu zdrowia regularnie wpływały, niemal w skali masowej, sygnały wskazujące na niezadowolenie z poprzednio obowiązujących reguł korzystania z programu, tak po stronie pacjentów, jak i środowiska osób wykonujących zawody medyczne (zawłaszcza lekarzy). Natomiast od ponad roku sygnały takie nie docierają do Ministerstwa Zdrowia. Wpływały one po ww. nowelizacji przepisów tylko w początkowej fazie ich obowiązywania (przez kilka tygodni), co wynikało z braku świadomości zmiany tych przepisów, bądź z ich niezrozumienia i woli uzyskania wyjaśnień co do sposobu ich poprawnego rozumienia. Samo w sobie potwierdza to tezę o wyraźnie i jednoznacznie pozytywnym odbiorze zmiany przez obie ww. grupy społeczne.

Przechodząc do tematu problemów spotykanych na etapie realizacji recept należy wskazać, że zakres informacji gromadzonych i sprawozdawanych przez apteki przy realizacji recepty określony jest w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept (Dz. U. z 2025 r. poz. 604), wydanego na podstawie art. 96a ust. 12 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2026 r. poz. 612, z późn. zm.).

Przepisy ww. rozporządzenia określają m.in. sposób wystawiania i realizacji recept, w tym zakres danych niezbędnych do ich realizacji i wymagania dotyczące potwierdzania realizacji recept oraz wprowadzają definicję Dokumentu Realizacji Recepty (*DRR*, §2 ust. 1 pkt 1): dokument elektroniczny wytworzony w wyniku elektronicznego otaksowania recepty.

Zakres danych jakie musi zawierać DRR określone są w §5 ust. 6 - ust. 9 rozporządzenia. Zakres ten nie obejmuje informacji takich jak brak właściwego oznaczenia recepty, ograniczeń refundacyjnych, niedostępności produktu czy innych problemów związanych z realizacją recepty.

W §5 ust. 10 wskazany jest zakres danych jakie może obejmować DRR, tj.:

- 1) adnotacje sporządzone przez osobę realizującą receptę, w formie opisu słownego;
- 2) numer, datę wystawienia i datę ważności wydanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia poświadczenia dotyczącego posiadania przez pacjenta uprawnień do refundacji produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych;
- 3) dodatkowe znaczniki, o których mowa w art. 96a ust. 1d pkt 1 ustawy - Prawo farmaceutyczne, wprowadzone przez osobę wystawiającą receptę.

Informacje o problemach w realizacji recepty czy dostępności produktów mogą zostać umieszczone w adnotacjach osoby realizującej receptę, jednak nie istnieje do tego prawne zobowiązanie. Dodatkowo należy zauważyć, że informacje te wprowadzane są w postaci opisu słownego, co znacząco utrudnia ich analizę i dalsze wykorzystanie. Takie dane mogą być formułowane w sposób niejednolity, nieprecyzyjny i zależny od osoby wprowadzającej dane, w związku z czym automatyczne wyszukiwanie, porównywanie i agregowanie informacji jest utrudnione, a w konsekwencji narażone na ryzyko błędnej interpretacji.

Należy również poinformować, że Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Centrum e-Zdrowia uruchomiło w kwietniu br. narzędzie wspomagające ustalanie poziomu odpłatności za produkty refundowane na recepcie, które funkcjonuje w ramach systemu gabinet.gov.pl. W tej sprawie 1 lipca br. opublikowany został komunikat Ministra Zdrowia: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-w-sprawie-narzedzia-wspierajacego-okreslanie-poziomu-odplatnosci-za-produkty-refundowane>

Narzędzie automatyzuje proces preskrypcji, podpowiadając właściwy poziom odpłatności za produkt na podstawie tylko wybranego kodu ICD-10 lub kodu ICD-10 oraz wypełnionej ankiety, który jest bezpośrednim odzwierciedleniem obowiązującego wskazania refundacyjnego dla każdego polskiego pacjenta. Zapewni to pacjentowi równy dostęp do finansowanych ze środków publicznych terapii, niezależnie od miejsca korzystania z usług medycznych. Dzięki wdrożonemu rozwiązaniu pacjent zyskuje pewność, że refundacja lub jej brak wynika z jego stanu zdrowia, a nie z złożoności regulacji czy trudności w interpretacji kryteriów refundacyjnych, tj. zapewnia pacjentowi przejrzystą informację o jego prawie do uzyskania refundacji.

Jak wskazano w komunikacie zaprojektowane narzędzie jest punktem wyjścia do szeroko zakrojonych zmian systemowych w obszarze związanym z cyfryzacją refundacji. W nadchodzącym czasie planuje się wdrażanie kolejnych kroków rozbudowujących i usprawniających ten obszar, m.in. powiązanie oraz gromadzenie wszystkich uprawnień dodatkowych dla pacjenta powiązanych z daną technologią refundowaną.

Należy zaznaczyć, że opisywane funkcjonalności dotyczą systemu gabinet.gov.pl, z którego osoby uprawnione do wystawiania recept mogą korzystać bezpłatnie. Udostępnianie ich w komercyjnych systemach gabinetowych uzależnione jest od dostawców tych oprogramowań.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Katarzyna Kacperczyk
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/