

Warszawa, 20 lutego 2026

Pani

KATARZYNA KACPERCZYK

Podsekretarz Stanu Ministerstwo Zdrowia

Pan

MATEUSZ OCZKOWSKI

Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej
i Farmacji Ministerstwo Zdrowia

Dotyczy: rozwiązań w zakresie leków bezpłatnych (grupy 65+, 18-, kobiety w ciąży)

Szanowna Pani Minister,

Szanowny Panie Dyrektorze,

w nawiązaniu do naszego pisma z dnia 29 grudnia 2025 r. (w załączeniu), niniejszym podtrzymujemy wszystkie przedstawione w nim uwagi, argumenty i rekomendacje, deklarując jednocześnie gotowość do dalszej, merytorycznej współpracy przy wypracowywaniu optymalnych rozwiązań dotyczących wykazów leków bezpłatnych dla seniorów 65+, dzieci i młodzieży, a także kobiet w ciąży.

Pragniemy również podziękować za spotkanie w dniu 2 lutego br., podczas którego możliwe było przedstawienie różnych perspektyw i poglądów dotyczących funkcjonowania programów leków bezpłatnych. Analizując zgłoszone wówczas propozycje, przedstawiamy poniżej kierunkowe rozwiązania, które – w naszej ocenie – mogą przyczynić się do racjonalizacji systemu, przy jednoczesnym zachowaniu jego społecznego charakteru i bezpieczeństwa pacjentów.

Mając na uwadze złożoność społeczną, ekonomiczną i prawną zagadnienia, proponujemy podział działań na dwa etapy:

1. rozwiązania możliwe do wdrożenia w krótkim czasie – w drodze odpowiednich rozporządzeń
2. działania systemowe o charakterze długofalowym, wymagające pogłębionych analiz oraz ewentualnych zmian ustawowych

I. Działania kierunkowe – możliwe do wdrożenia w krótkim przedziale czasowym

1. Optymalizacja zasad wydawania leków bezpłatnych

Zasadnym jest podjęcie działań zmierzających do racjonalizacji wydawania leków pacjentom. Obecnie obserwujemy zjawisko pobierania leków w ilościach nadmiarowych – często na podstawie recept wystawianych przez różnych lekarzy – co prowadzi do ich przechowywania w warunkach domowych, nierzadko nieodpowiednich dla produktów leczniczych. W efekcie część z nich ulega przeterminowaniu lub utracie jakości i podlega utylizacji.

W związku z powyższym proponujemy:

1. **Wprowadzenie recepty odnawialnej** w odniesieniu do terapii przewlekłych realizowanych w ramach wykazów leków bezpłatnych.
2. **Zastosowanie zasady wydawania jednego opakowania na miesięczną kurację** (w oparciu o DDD), co ograniczy nadmierne gromadzenie leków, zwiększy bezpieczeństwo lekowe oraz pozwoli na lepszą kontrolę terapii.
3. **Wdrożenie w systemie elektronicznym mechanizmu monitorowania wydawania leków bezpłatnych**, umożliwiającego lekarzom i farmaceutom bieżący wgląd w obrót opakowaniami w ramach programu.

Rozwiązania te:

- umożliwią lepszy nadzór nad farmakoterapią pacjenta i ograniczą ryzyko dublowania terapii,
- zapewnią właściwe przechowywanie leku w aptece do momentu jego wydania,
- zmniejszą skalę marnotrawstwa wynikającego ze zmiany terapii, jej przerywania bądź zgonu pacjenta,
- ograniczą niekontrolowany wpływ leków i popyt nieuzasadniony medycznie,
- stworzą większą przestrzeń do kontaktu pacjenta z farmaceutą i wykorzystania usług farmaceutycznych wspierających prawidłową terapię.

Wdrożenie powyższych działań jest możliwe w relatywnie krótkim czasie – poprzez wydanie odpowiedniego rozporządzenia Ministra Zdrowia – a ich efekty mogłyby zostać szybko zweryfikowane poprzez analizę danych sprzed i po zmianach.

2. Dane ukazujące skalę programu

Popularność programu jest widoczna w danych NFZ. W okresie I–XI 2025 r. wydatki na leki bezpłatne przekroczyły 3 086 mln zł, podczas gdy w 2024 r. wyniosły ok. 2 782 mln zł.

Od początku funkcjonowania programu (2016–2025) skorzystało z niego blisko 9,3 mln pacjentów. Przed jego rozszerzeniem we wrześniu 2023 r. korzystało z niego ponad 4 mln pacjentów w wieku 75+, a miesięcznie w 2023 r. było to ok. 1,3 mln osób.

W 2016 r. wykaz obejmował 1129 substancji czynnych i ich połączeń. Od 1 stycznia 2026 r. obejmuje on 3665 pozycji, co oznacza wzrost ponad trzykrotny względem pierwotnej wersji. Skala ta uzasadnia potrzebę wprowadzenia rozwiązań porządkujących system, przy jednoczesnym zachowaniu jego efektywności i stabilności.

3. Symboliczna opłata

Kolejnym, dyskutowanym podczas spotkania rozwiązaniem, mogłoby być wprowadzenie symbolicznej opłaty za wydanie leku. Mechanizm ten, przy zachowaniu niskiej kwoty, przykładowo od 3 do 5 zł, nie stanowiłby bariery w dostępie do terapii, lecz skłaniałby pacjentów do bardziej świadomego korzystania z uprawnień.

Do dalszych ustaleń pozostaje dokładna wysokość opłaty oraz jej charakter (czy byłaby elementem odpłatności refundacyjnej, czy odrębną opłatą trafiającą do płatnika publicznego). Podkreślamy, że rozwiązanie to powinno być komunikowane jako element wzmacniający stabilność i dostępność systemu, a nie jako ograniczenie uprawnień pacjentów.

II. Działania długoterminowe – ocena i modyfikacja systemu

Jednocześnie postulujemy rozważenie wprowadzenia ustawowej, przejrzystej procedury wejścia i wyjścia z systemu leków bezpłatnych – określającej jednoznaczne, obiektywne i niedyskryminujące kryteria decyzyjne, uwzględniające nie tylko cenę oficjalną, lecz również efektywny koszt terapii oraz zabezpieczenie ciągłości dostępu.

II. Działania długoterminowe – systemowa ocena i modyfikacja systemu

W perspektywie średnio- i długoterminowej proponujemy:

1. **Ustalenie zakresu pogłębionych analiz** niezbędnych do oceny zasadności finansowania poszczególnych substancji czynnych w konkretnych grupach wiekowych, z uwzględnieniem ich wartości terapeutycznej oraz znaczenia populacyjnego
2. **Przeprowadzenie oceny dostępności leków w kontekście zmian na listach refundacyjnych**, w szczególności w sytuacji wycofania droższych odpowiedników. Dysponujemy analizami wskazującymi na potencjalne ryzyka w tym obszarze i deklarujemy gotowość ich przedstawienia
3. **Analizę modeli stosowanych w innych państwach europejskich**, w których państwo współfinansuje lub w pełni finansuje leki dla wybranych grup populacyjnych – z uwzględnieniem mechanizmów ograniczających marnotrawstwo i zapewniających stabilność dostaw
4. **Przeprowadzenie zanonimizowanego badania opinii pacjentów** w zakresie gotowości do ponoszenia symbolicznej dopłaty w zamian za utrzymanie szerokiego wykazu i gwarancję dostępności terapii. W tym celu nawiązaliśmy współpracę z CBOS. Badanie moglibyśmy zrealizować przy współdziałaniu organizacji pacjenckich oraz przedstawicieli środowiska farmaceutycznego, którzy wyrazili zainteresowanie tą inicjatywą. Chęć i gotowość do współpracy wyraził także CBOS.

III. Propozycje i obawy dotyczące potencjalnych rozwiązań legislacyjnych

Jako szczególnie alarmujące, szczególnie z perspektywy bezpieczeństwa pacjentów, a także perspektywy branży farmaceutycznej, uważamy rozwiązania oparte na:

- mechanizmie tzw. korytarzy cenowych,
- automatycznym i cyklicznym usuwaniu leków z wykazu wyłącznie na podstawie kryterium ceny,
- ograniczeniach nieuwzględniających realnej struktury rynku i dostępności odpowiedników leków

Wprowadzenie tych rozwiązań może skutkować:

- destabilizacją rynku i ograniczeniami konkurencyjności
- zmniejszeniem bezpieczeństwa lekowego poprzez redukcję liczby dostępnych zamienników
- ryzykiem wycofywania z rynku leków stosowanych w chorobach przewlekłych
- utrudnieniami dla pacjentów, wynikającymi z częstych zmian terapii

Podtrzymujemy stanowisko, że wszelkie modyfikacje programu powinny być poprzedzone kompleksową oceną jego funkcjonowania. Analiza ta powinna obejmować:

- wieloletnie wydatki refundacyjne
- potrzeby zdrowotne pacjentów, ze szczególnym uwzględnieniem starzenia się populacji
- wpływ programu na efekty zdrowotne
- zgodność ordynacji z aktualnymi wytycznymi klinicznymi
- wpływ dostępności leków na poziom adherencji pacjentów

Kryteriami oceny zasadności utrzymania lub modyfikacji wykazu powinny być przede wszystkim:

- rzeczywiste potrzeby zdrowotne pacjentów,
- wartość terapeutyczna leku i jego znaczenie populacyjne,
- dane epidemiologiczne i statystyczne,
- wpływ na skuteczność leczenia i bezpieczeństwo terapii,
- bezpieczeństwo lekowe systemu, w tym zapewnienie ciągłości dostaw i odpowiedniej liczby zamienników oraz preferencja leków produkowanych w Europie

Nie powinny to być wyłącznie kryteria cenowe. Mechaniczne, cykliczne usuwanie leków z wykazu wyłącznie w oparciu o relację ceny do najtańszego odpowiednika (np. w formule tzw. korytarzy cenowych) może prowadzić do destabilizacji rynku, ograniczenia konkurencyjności, zmniejszenia liczby dostępnych zamienników oraz ryzyka przerwania terapii pacjentów przewlekle leczonych.

IV. Organizacja dalszych prac

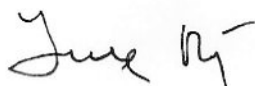
Proponujemy powołanie stałego zespołu roboczego z udziałem przedstawicieli Ministerstwa, płatnika publicznego oraz interesariuszy rynku, którego zadaniem byłoby prowadzenie systematycznych, eksperckich prac nad stopniową optymalizacją programu.

Pragniemy także podkreślić, że **tematyka leków bezpłatnych i modyfikacji ich stosowania, nie powinna być przedmiotem publicznej debaty.** Ze względu na złożoność tematu oraz skomplikowaną materię, w szczególności w oparciu o wrażliwość społeczną, **takie rozważania mogłyby zostać potencjalnie wykorzystane do celów politycznych.** Ryzyko uproszczeń i instrumentalnego wykorzystania informacji mogłoby utrudnić wypracowanie racjonalnych, systemowych rozwiązań.

Naszą nadrzędną ideą jest ograniczenie niekontrolowanego wpływu leków i popytu nieuzasadnionego medycznie, przy jednoczesnym wzmocnieniu nadzoru nad całym procesem oraz zapewnieniu pacjentom stabilnego i bezpiecznego dostępu do terapii o udowodnionej wartości klinicznej.

Jako Izba Gospodarcza „FARMACJA POLSKA” wyrażamy pełną gotowość do dalszej współpracy i pogłębionych konsultacji.

Z wyrazami szacunku,



Irena Rej
Prezes Zarządu
Izba Gospodarcza „FARMACJA POLSKA”

IV. Organizacja dalszych prac

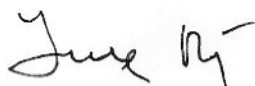
Proponujemy powołanie stałego zespołu roboczego z udziałem przedstawicieli Ministerstwa, płatnika publicznego oraz interesariuszy rynku, którego zadaniem byłoby prowadzenie systematycznych, eksperckich prac nad stopniową optymalizacją programu.

Pragniemy także podkreślić, że **tematyka leków bezpłatnych i modyfikacji ich stosowania, nie powinna być przedmiotem publicznej debaty.** Ze względu na złożoność tematu oraz skomplikowaną materię, w szczególności w oparciu o wrażliwość społeczną, **takie rozważania mogłyby zostać potencjalnie wykorzystane do celów politycznych.** Ryzyko uproszczeń i instrumentalnego wykorzystania informacji mogłoby utrudnić wypracowanie racjonalnych, systemowych rozwiązań.

Naszą nadrzędną ideą jest ograniczenie niekontrolowanego wpływu leków i popytu nieuzasadnionego medycznie, przy jednoczesnym wzmocnieniu nadzoru nad całym procesem oraz zapewnieniu pacjentom stabilnego i bezpiecznego dostępu do terapii o udowodnionej wartości klinicznej.

Jako Izba Gospodarcza „FARMACJA POLSKA” wyrażamy pełną gotowość do dalszej współpracy i pogłębionych konsultacji.

Z wyrazami szacunku,



Irena Rej
Prezes Zarządu
Izba Gospodarcza „FARMACJA POLSKA”