



Minister Zdrowia

DLG.050.4.2026.WSK
Warszawa, 26 lutego 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na interpelację nr 15077 Pani Poseł Barbary Dolniak, w sprawie poprawy opieki nad pacjentami z wielochorobowością, proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Minister Zdrowia dostrzegając potrzebę poprawy jakości i zwiększenia dla osób przewlekle chorych dostępności do świadczeń zdrowotnych już w 2022 r. podjął decyzję o wprowadzeniu na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej opieki koordynowanej. Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej¹, od października 2022 r., lekarze podstawowej opieki zdrowotnej realizują świadczenia zdrowotne w modelu opieki koordynowanej. Wprowadzenie tego modelu opieki w konkretnej przychodni POZ jest dobrowolne i odbywa się przez rozszerzenie umowy z NFZ. Świadczeniami opieki koordynowanej w ramach POZ objęte są osoby przewlekle chore, przy czym przystąpienie pacjenta do tej formy opieki nie jest warunkowane skierowaniem. Pacjent ma prawo do uzyskania świadczeń przez zgłoszenie swojego zamiaru lekarzowi pierwszego kontaktu, równocześnie lekarz POZ informuje pacjenta przewlekle chorego o możliwości skorzystania z tego rodzaju świadczeń zdrowotnych w przychodni POZ. Opieka koordynowana umożliwiła rozszerzenie listy badań diagnostycznych realizowanych przez lekarza POZ, usprawnienie dostępu do świadczeń opieki specjalistycznej, wdrożenie na szerszą skalę edukacji zdrowotnej oraz aktywizację pacjenta przez włączenie działań zgodnie z ustalonym planem. W tym modelu lekarz POZ współpracuje z lekarzami specjalistami, pielęgniarką i dietetykiem – do zadań lekarza należy profilaktyka, diagnozowanie, leczenie i edukacja pacjenta na temat wybranych chorób z dziedziny: kardiologii, diabetologii, chorób płuc, endokrynologii i chorób nerek.

Realizacja świadczeń w opiece koordynowanej odbywa się na postawie Indywidualnego Planu Opieki Medycznej (IPOM), ustalanego przez lekarza wspólnie z pacjentem. W ramach opieki koordynowanej lekarz przeprowadza pogłębiony wywiad, wykonuje badanie przedmiotowe, analizuje wyniki badań diagnostycznych, ocenia aktualny stan zdrowia pacjenta i wspólnie ustala schemat postępowania. Wyznaczony dla danego pacjenta koordynator ustala terminy badań, wizyt i konsultacji zleconych przez lekarza oraz porad edukacyjnych i dietetycznych, informuje o etapach terapii i pozostaje w kontakcie ze wszystkimi realizatorami świadczeń zdrowotnych.

Rozszerzając katalog rozwiązań systemowych w 2025 r. wdrożono ogólnopolski program profilaktyczny "Moje Zdrowie - bilans zdrowia osoby dorosłej", który jest elementem systemowego podejścia do profilaktyki chorób przewlekłych oraz promocji zdrowego stylu

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 1965).

życia. Celem programu jest zbudowanie modelu kompleksowej profilaktyki, dostępnej dla każdego w jego przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, identyfikacja czynników ryzyka oraz wczesne wykrywanie schorzeń, które mogą prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych. Program jest adresowany do wszystkich osób dorosłych, a częstotliwość wykonywania bilansu zdrowia, przedstawia się następująco: osoby 20 - 49 lat: nie częściej niż raz na 5 lat, osoby 50+: nie częściej niż raz na 3 lata. Realizatorami programu „Moje Zdrowie - bilans zdrowia osoby dorosłej” są świadczeniodawcy POZ, do których pacjenci złożyli deklarację wyboru.

W odniesieniu do kwestii wsparcia psychologicznego pacjentów chorych przewlekle informuję, że osoby te mogą korzystać ze wszystkich świadczeń na zasadach ogólnych w zakresie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień².

W zakresie prac zmierzających do ograniczenia barier finansowych utrudniających seniorom dostęp do świadczeń zdrowotnych i zakup niezbędnych leków należy wskazać, że dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym do leków refundowanych, określa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³. Ustawa ta, realizując wyrażony w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej obowiązek zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, opiera się na zasadach równego traktowania obywateli oraz solidarności społecznej. Zgodnie ze wskazaną zasadą solidarności społecznej, w myśl art. 65 wymienionej ustawy, wszyscy świadczeniobiorcy, to jest osoby ubezpieczone oraz inne osoby, spełniające wskazane

w ustawie wymogi, mają prawo do takich samych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Przepisy ustawy przewidują dla niektórych grup pacjentów, ze względu na różne okoliczności szczególnie dodatkowe uprawnienia do świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz do bezpłatnych leków, np. inwalidzi wojenni czy wojskowi, osoby represjonowane czy zasłużeni honorowi dawcy krwi i zasłużeni dawcy przeszczepu. Do niektórych bezpłatnych leków posiadają uprawnienia świadczeniobiorcy do ukończenia 18 r.ż., po ukończeniu 65. r.ż. i kobiety w ciąży. W zakresie np. art. 46 ww. ustawy inwalidom wojennym przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki o kategorii dostępności "Rp" lub "Rpz" oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Również w ramach tzw. standardowej refundacji (czyli bez uprawnień dodatkowych) wszyscy pacjenci mogą posiadać uprawnienia w dostępie do refundowanych bezpłatnych leków. Zgodnie bowiem z art. 6 ust. 2 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych⁴, leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne w zakresie nadanej kategorii dostępności refundacyjnej - dostępnych w aptece na receptę, są wydawane pacjentom bezpłatnie, za odpłatnością ryczałtową lub za odpłatnością w wysokości 30% albo 50% ich limitu finansowania - do wysokości limitu finansowania i za dopłatą w wysokości różnicy między ceną detaliczną a wysokością limitu finansowania. Natomiast leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego w zakresie nadanej kategorii dostępności refundacyjnej - stosowane w ramach programu lekowego i leki stosowane w ramach chemioterapii są wydawane świadczeniobiorcy bezpłatnie. Program lekowy to świadczenie gwarantowane, w ramach którego leczenie odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych. Pacjenci bez względu na wiek mają możliwość leczenia bezpłatnego

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2019 r. poz. 1285, ze zm.).

³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461, z późn.zm.).

⁴ Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 907, z późn.zm.).

w wielu programach lekowych, zarówno w zakresie chorób onkologicznych, jak i nieonkologicznych. Celem wprowadzenia ustawy o refundacji wraz z jej mechanizmami, było zwiększenie dostępności pacjentów do skutecznych, bezpiecznych i tanich technologii lekowych przez:

- obniżanie cen leków i obniżanie wysokości dopłat pacjentów do leków;
- wprowadzanie do publicznego systemu refundacyjnego nowoczesnych, innowacyjnych technologii;
- racjonalizację farmakoterapii poprzez promowanie leczenia lekami charakteryzującymi się bardziej korzystnym profilem efektywności klinicznej i bezpieczeństwa w porównaniu z dotychczas stosowanymi lekami.

Minister Zdrowia wprowadzając leki do refundacji starannie równoważy interesy wszystkich grup pacjentów, przy jednoczesnej dbałości o dyscyplinę finansów publicznych. Nieracjonalne gospodarowanie środkami przeznaczonymi na leczenie pacjentów może ograniczyć możliwość wprowadzania na listy leków refundowanych nowych technologii lekowych. Zatem dostęp do skutecznych i potrzebnych pacjentowi leków jest możliwy, zaś koszty leczenia w dużej mierze uzależnione są od tego jakie leki zostaną pacjentowi przepisane. Każdy lekarz może korzystać z większości grup limitowych z wykazu leków refundowanych jako zbioru alternatywnych opcji terapeutycznych, które można dostosowywać do potrzeb pacjenta, a tym samym każdy pacjent może korzystać z leków tańszych wśród umieszczonych w tej samej grupie limitowej, bez straty dla bezpieczeństwa i skuteczności leczenia. Każdy farmaceuta wydający lek z apteki ma obowiązek poinformowania pacjenta o możliwości wydania tańszego odpowiednika. Dzięki takim rozwiązaniom, pacjenci mają zapewniony dostęp do bezpiecznych i skutecznych leków w przystępnej cenie. Istotne jest, że wysokie koszty ponoszone przez pacjentów w aptekach generowane są głównie z powodu ordynacji leków refundowanych na 100%, nierefundowanych leków, leków o kategorii dostępności OTC (bez przepisu lekarza) oraz suplementów diety.

Odpowiedzią na potrzeby dzieci i młodzieży, kobiet w okresie ciąży i połogu oraz osób starszych jest z kolei finansowanie dopłat pacjentów do części leków refundowanych w ramach tzw. Programów Bezpłatnych Leków. Aby dany lek był obecny w wykazach bezpłatnych leków (D1, D2 i E), w pierwszej kolejności lek ten musi być objęty refundacją w ustalonym zakresie wskazań na ogólnych zasadach (wykaz A1), tj. w oparciu o wniosek podmiotu odpowiedzialnego (producent leku, jego przedstawiciel lub importer). Co więcej w wykazach bezpłatnych leków umieszczane są wyłącznie leki, które mają udokumentowaną skuteczność i bezpieczeństwo stosowania w danej populacji pacjentów (poniżej 18 r.ż., powyżej 65 r.ż. czy kobiet w ciąży i połogu).

Aby otrzymać lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny bezpłatnie należy spełnić następujące warunki:

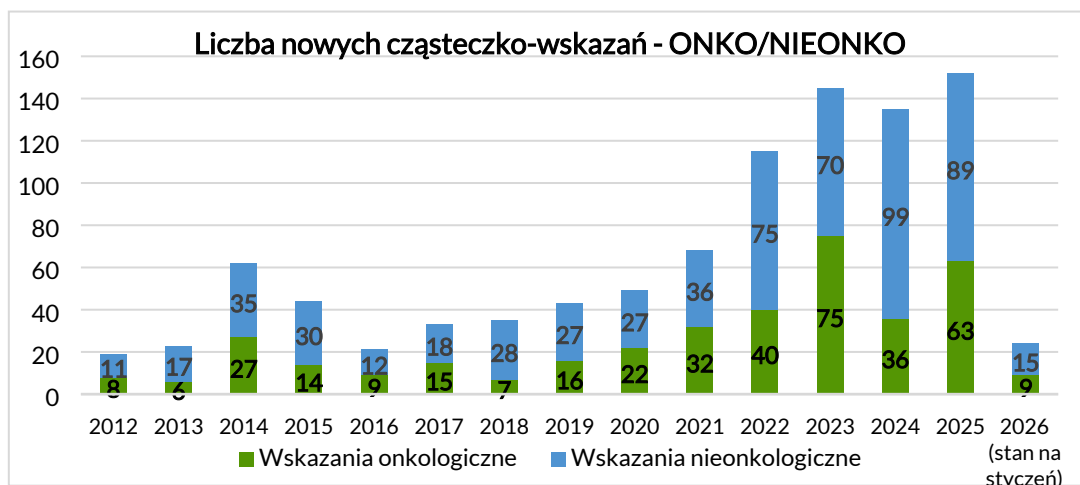
- pacjent nie ukończył 18 lat lub ukończył 65 lat lub jest w okresie ciąży lub połogu – warunek ten musi spełnić zarówno w dniu wystawienia recepty, jak i jej realizacji;
- lek znajduje się w wykazie leków refundowanych w załączniku D1 (dla pacjentów poniżej 18 r.ż.), D2 (dla pacjentów powyżej 65 r.ż.), lub E (dla kobiet w okresie ciąży lub połogu);
- lekarz zdiagnozował u pacjenta schorzenie, które zawiera się w zakresie wskazań objętych refundacją dla danego leku (załącznik A1, A2 lub A3 do obwieszczenia);
- receptę wystawia osoba uprawniona;
- na receptce w rubryce „kod uprawnień” osoba uprawniona wpisze „DZ”, „S” lub „C”;
- pacjent jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej.

Wykazy darmowych leków obejmują wysoki odsetek wszystkich leków refundowanych w ramach refundacji aptecznej:

- na wykazie D1 – dla osób poniżej 18 r. z. jest ok. 70% leków refundowanych,
- na wykazie D2 – dla osób powyżej 65 r.ż. jest ok. 94,5% leków refundowanych,
- na wykazie E – dla kobiet w okresie ciąży lub połogu jest ok. 20% leków refundowanych.

Od 1 września 2016 r., gdy pacjenci po 75. lub 65. r.ż. 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. Wówczas 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.). Od 1 września 2023 r. wprowadzono także wykaz bezpłatnych leków dla osób poniżej 18 r.ż. We wrześniu 2016 r. liczba substancji czynnych lub ich połączeń ujętych na wykazie dla Seniorów (liczba pozycji wykazu) wynosiła 1 129, a aktualnie od 1 stycznia 2026 r. tzw. Wykaz Leków 65+ znajdujący się w zakładce D2 obwieszczenia Ministra Zdrowia zawiera 3665 pozycji (wzrost ok. 3,2 razy w porównaniu do pierwszego wykazu). W roku 2024 dodatkowe koszty płatnika publicznego związane z realizacją bezpłatnych wykazów dedykowanych pacjentom po ukończeniu 65. r.ż., rozumiane jako koszt sfinansowania dopłat pacjentów do bezpłatnych leków, wyniósł ok. 2 782 mln zł. W 2025 r. na program darmowych leków dla osób po 65 r.ż. wydatkowano blisko 3 431 mln zł. (ponad 3,4 mld zł). Od 14 lutego 2025 r. rozszerzono możliwości przepisywania leków bezpłatnie przez osoby uprawnione i receptę na bezpłatne leki z wykazów 18- i 65+ może wystawić „osoba uprawniona” w rozumieniu ustawy o refundacji, czyli osoba, która posiada prawo wystawiania recept, które to prawo wynika wprost z przepisów regulujących prawo wykonywania danego zawodu medycznego.

W ostatnich latach nastąpił przełom w liczbie nowych terapii obejmowanych refundacją, rozwijana jest lista leków refundowanych, a każde obwieszczenie przynosi dobre informacje dla pacjentów oczekujących na refundację produktów w schorzeniu, na które cierpią. Zwiększająca się liczba nowych leków refundowanych jest obserwowana szczególnie od 2019 r., gdzie zauważalny jest wzrost obejmowania refundacją wskazań onkologicznych oraz dotyczących chorób rzadkich. W 2025 r. udostępniono polskim pacjentom najwięcej nowych terapii, bowiem finansowaniem ze środków publicznych w ramach wykazu refundacyjnego objęto wówczas 152 terapie, w tym 63 dotyczące leczenia nowotworów.



Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/