



Minister  
Zdrowia



PLR2.050.50.2024.JW  
Warszawa, 12 listopada 2024

Pan  
Szymon Hołownia  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

*Szanowny Panie Marszałku,*

w odpowiedzi na interpelację nr 5589 Pana Michała Wosia, Posła na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej oraz Grupy Posłów, w sprawie zaniegbań rządu i zagrożenia zdrowia pacjentów ze SMA i SM, Minister Zdrowia prosi o przyjęcie poniższych informacji.

Na wstępie należy zaznaczyć, że wartość finansowanych w danym roku przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń w zakresie programów lekowych SMA i SM, zdeterminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym Funduszu zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, sporządzonym zgodnie z uregulowaniami art. 120 i 121 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>1</sup>.

Jednocześnie Minister Zdrowia uprzejmie informuje, że **plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2024** został sporządzony zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisami wydanymi na podstawie delegacji w niej zawartych i **29 września 2023 r. został zatwierdzony** przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z

---

<sup>1</sup> ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.).

Ministrem Finansów. Wartość planowanych na 2024 r. przychodów ogółem jak i kosztów ogółem Funduszu ustalono w wysokości 168 415 572 tys. zł.

Ujęte w zatwierdzonym planie finansowym NFZ na 2024 r. koszty realizacji zadań NFZ ustalono na poziomie 166 168 207 tys. zł, w tym koszty świadczeń opieki zdrowotnej w kwocie 157 558 513 tys. zł. W wyniku dokonanych zmian planu finansowego NFZ na 2024 r. planowane koszty realizacji zadań NFZ zostały **zwiększone łącznie o 21 570 730 tys. zł** do poziomu 187 738 937 tys. zł, w tym koszty świadczeń opieki zdrowotnej o kwotę 21 457 183 tys. zł do kwoty 179 015 696 tys. zł, tj. o 13,6%, **w tym koszty leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych programami lekowymi o kwotę 1 699 411 tys. zł** do kwoty 10 650 358 tys. zł tj. o 19,0%.

Źródłem zwiększenia planowanych kosztów realizacji zadań NFZ w roku 2024 były środki pochodzące z:

- zwiększenia planowanych przychodów z tytułu składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki w kwocie 5 379 874 tys. zł,
- zwiększenia dotacji podmiotowej z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8a ustawy o świadczeniach w kwocie 3 494 650 tys. zł,
- Funduszu Zapasowego NFZ w kwocie 9 415 508 tys. zł,
- zbycia obligacji skarbowych w kwocie 3 103 202 tys. zł,
- Funduszu Pomocy w kwocie 639 447 tys. zł.

Powyższe zwiększenie planowanych kosztów realizacji zadań NFZ pozwoliło m.in. na:

- sfinansowanie nadwykonań z 2023 r. w kwocie 2 237 597 tys. zł,
- sfinansowanie kosztów rekomendacji nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w kwocie ok. 7 963 817 tys. zł,
- uzupełnienie środków niezbędnych do sfinansowania nadwykonań nielimitowanych za I półrocze 2024 r. w kwocie 2 694 650 tys. zł (I kw. 2024 r. – 1 246 000 tys. zł, II kw. 2024 r. – 1 448 650 tys. zł),

– uzupełnienie środków niezbędnych do sfinansowania nadwykonań nielimitowanych udzielanych dzieciom do 18. r.ż. za III kw. 2024 r. w kwocie 800 000 tys. zł,

– sfinansowanie kosztów rekomendacji nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w kwocie ok. 7 856 970 tys. zł.

W związku z powyższym należy zauważyć, iż **istotny wpływ na aktualną sytuację finansową NFZ, w tym na możliwość sfinansowania nadwykonań, w szczególności w zakresie programów lekowych SMA i SM, ma konieczność sfinansowania kosztów wynikających z rekomendacji Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej**, będących konsekwencją ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw<sup>2</sup> w wysokości 15 820 787 tys. zł oraz **konieczność sfinansowania kosztów zadań przeniesionych do finansowania przez NFZ na podstawie przepisów ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw<sup>3</sup>** w wysokości 9 940 126 tys. zł.

Finansowanie przez oddziały wojewódzkie NFZ udzielonych przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się zgodnie z postanowieniami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i przepisami:

- art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którymi wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu;

---

<sup>2</sup> ustawa z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1352).

<sup>3</sup> ustawa z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770).

- § 14 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>4</sup>, zgodnie z którymi Fundusz zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

Ponadto, zgodnie z treścią przepisu art. 132 ust. 1 ww. ustawy podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 i art. 132c. Zgodnie z treścią przepisu art. 136 ust. 1 pkt 5 tejże ustawy umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy. Powyższe oznacza, że zrealizowane w danym okresie sprawozdawczym świadczenia opieki zdrowotnej, finansowane są do poziomu określonego w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy zawartej dobrowolnie przez świadczeniodawcę.

Jednocześnie pragnę zapewnić, że **w zakresie posiadanych kompetencji oraz środków finansowych oddziały wojewódzkie NFZ prowadzą na bieżąco działania zmierzające do zmiany warunków finansowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**, zarówno na wniosek świadczeniodawców jak i z inicjatywy własnej oddziału wojewódzkiego NFZ, uwzględniające m.in. wyniki analizy stopnia wykorzystania przez świadczeniodawców środków zaangażowanych w umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Działania te ukierunkowane są na optymalne wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w planie oddziału wojewódzkiego NFZ i wzrostu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w kontekście poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, zakontraktowania większej liczby świadczeń i opłacenia nadwykonań.

Odnosząc się natomiast bezpośrednio do zagadnienia będącego przedmiotem wystąpienia, tj. ograniczenia przyjęć pacjentów m.in. do programów lekowych, informuję co następuje. Zgodnie z informacją przekazaną Ministrowi Zdrowia przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie wpływały do Funduszu sygnały od

---

<sup>4</sup> rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, z późn. zm.).

świadczeniodawców dotyczące ograniczenia dostępności do świadczeń w programie lekowym: B.102 Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni. Należy tutaj wyraźnie podkreślić, że dla płatnika publicznego leczenie rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) jest priorytetem. Dodatkowo Minister Zdrowia informuje, że Narodowy Fundusz Zdrowia - w udzielonej odpowiedzi, **stanowczo dementuje informacje odnoszące się do odmowy finansowania terapii genowej dedykowanej dla pacjentów z rdzeniowym zanikiem mięśni (SMA)**. Każda placówka, która wdroży taką terapię uzyska finansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Odnosząc się do kwestii świadczeń udzielanych w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie Minister Zdrowia uprzejmie informuje, że Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (Klinika Neurologii) nie informował wcześniej Mazowieckiego OW NFZ o wstrzymaniu kwalifikacji pacjentów do programu lekowego Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni. W wyniku postępowania wyjaśniającego wszczętego w sprawie indywidualnej, z uwagi na niepodjęcie leczenia osoby ubezpieczonej, Instytut Psychiatrii i Neurologii 25.10.2024 r. (o godz. 16:24) przekazał pismo, sygnowane przez Panią prof. ucz. dr hab. n. med. Annę Antosik - Wójcińską Pełnomocnika Dyrektora ds. Lecznictwa IPIN, w którym ujawnił informację (której wcześniej do Oddziału nie przekazał), że podtrzymuje decyzję o wstrzymaniu przyjęć pacjentów leczonych w ramach programów lekowych w związku z brakiem sfinansowania nadwykonań przez płatnika.

28.10.2024 r. Mazowiecki OW NFZ wezwał Instytut do zrewidowania decyzji o wstrzymaniu przyjęć pacjentów w programach lekowych, wskazując jednocześnie, że okoliczności będące przedmiotem korespondencji stron umowy nie powinny przekładać się na ograniczenie dostępu do świadczeń dla pacjentów. Dokonane zostały również zmiany w warunkach finansowania świadczeń z zakresu programu lekowego B.102.FM w zawartej umowie. W rezultacie Instytut Psychiatrii i Neurologii realizuje program lekowy B.102.FM Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni na zasadach określonych w umowie.

Przechodząc natomiast do zagadnienia sytuacji pacjentów w programie „Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane”, Minister Zdrowia informuje, że wystąpiły incydentalne zgłoszenia dotyczące dostępu do omawianego świadczenia. Przytoczone sytuacje zostały szczegółowo zbadane, a dyrektorzy oddziałów

wojewódzkich otrzymali polecenie od Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia aby uregulować płatności za świadczenia wypracowane w I półroczu 2024 roku ponad kwoty zobowiązań i ściśle monitorować sytuację.

Zebrane z oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia informacje, wg stanu na dzień 22.10.2024 r. wskazują na brak bieżących problemów z funkcjonowaniem programu lekowego B.29 Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane. Pojedyncze zgłaszane sygnały rozwiązywane są na bieżąco, stąd Prezes NFZ pozostaje w nadziei, że dalsza realizacja tak ważnych świadczeń, jakimi są programy lekowe będzie przebiegała bez jakichkolwiek zakłóceń.

Prezes NFZ wskazał w korespondencji z Ministrem Zdrowia, że do 29 października br. do Centrali NFZ, w zakresie ograniczenia dostępu do świadczeń przez placówki medyczne, wpłynęło tylko 5 zgłoszeń pacjentów dotyczących omawianego problemu, przy czym są one szczegółowo wyjaśniane.

Aktualnie w oddziałach wojewódzkich NFZ prowadzone są prace mające na celu weryfikację możliwości rozliczenia nadwykonań w nielimitowanych zakresach świadczeń za III kw. 2024 r. w ramach posiadanych środków w planach finansowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ. Natomiast weryfikacja możliwości rozliczenia w ramach posiadanych środków w planach finansowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ nadwykonań w nielimitowanych zakresach świadczeń za IV kw. 2024 r. zostanie przeprowadzona po sprawozdaniu przez świadczeniodawców przedmiotowych świadczeń udzielonych w IV kw. 2024 r.

**Mając na uwadze ograniczone środki finansowe NFZ rozliczanie nadwykonań w limitowanych zakresach świadczeń w trakcie 2024 r. dokonywane jest przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach środków zaangażowanych w umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez alokację środków z zakresów świadczeń, których odnotowano niewykonania do zakresów świadczeń, w których odnotowano nadwykonania. Ostateczne rozliczenie świadczeń udzielonych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2024 r. będzie zrealizowane w terminie określonym w przepisie § 27 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o**

udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej tj. **w terminie do 45 dni od dnia upływu okresu rozliczeniowego.**

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Marek Kos  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/