



Minister Zdrowia

PLR2.050.3.2025.JW
Warszawa, 03 lutego 2025

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 7405 Pana Grzegorza Płaczka, Posła na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, w sprawie problemów z wykonywaniem programu lekowego "Leczenie stwardnienia rozsianego" w IV kwartale 2024 r., Minister Zdrowia prosi o przyjęcie poniższych informacji w zakresie przedłożonych zapytań.

Jakie były przyczyny wstrzymania finansowania leczenia stwardnienia rozsianego dla nowo zdiagnozowanych pacjentów w ostatnim kwartale 2024 roku?

Teza, iż w ostatnim kwartale 2024 roku nastąpiło wstrzymanie finansowania leczenia dla nowo zdiagnozowanych pacjentów nie znajduje odzwierciedlenia w rzeczywistości. Warunki finansowe umów na rok 2024 na realizację programów lekowych ustalane były z uwzględnieniem danych w zakresie liczby osób zakwalifikowanych do ww. programów oraz prognozowanej liczby osób, które zakwalifikowane mogły być do programów na przestrzeni 2024 r.

W ilu przypadkach pacjenci chorujący na stwardnienie rozsiane nie otrzymali finansowania? Proszę podać dane za 2024, 2023 oraz 2022 rok.

Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje zadania opisane w art. 97 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 poz. 146, 858, z późn. zm). Na podstawie ust. 3 wskazanego artykułu Narodowy Fundusz Zdrowia m.in.: przeprowadza konkursy ofert, rokowania i zawiera umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, monitoruje ich realizację i rozliczanie oraz

finansuje świadczenia opieki zdrowotnej udzielane osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4 oraz w art. 12 pkt 2-4, 6 i 9 ustawy o świadczeniach.

Z powyższego wynika, że płatnik publiczny nie finansuje bezpośrednio uprawnionym do świadczeń pacjentom leczenia. Mając na względzie powyższe, udzielenie odpowiedzi na pytanie w ilu przypadkach pacjenci nie otrzymali finansowania (...) jest niemożliwe.

Jaka była sumaryczna pula na finansowanie programu lekowego „leczenie stwardnienia rozsianego” w roku 2024, 2023 oraz 2022?

Dane dotyczące środków finansowych przeznaczonych na finansowanie programu lekowego „Leczenie stwardnienia rozsianego” w latach 2022, 2023 oraz 2024 przedstawia poniższa tabela.

2022	2023	2024
587 950 139,17 zł	719 247 214,26 zł	787 781 005,25 zł

Jaka kwota przeznaczona została w 2025 roku na realizację programu lekowego „leczenie stwardnienia rozsianego”?

Według planu zakupu przygotowanego w grudniu 2024 roku zaplanowano 682 770 476,93 zł. Należy jednak wyraźnie podkreślić, iż wskazany plan zakupu oparty jest o pierwotny plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia, natomiast w trakcie trwania roku dochodzi do zmian planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia, zmieniających wysokość środków pozostających w dyspozycji poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ. Powyższe oznacza, że wskazaną kwotę należy traktować jako wstępną wartość, która będzie ulegała zmianom.

Czy w 2025 roku NFZ będzie wypłacało środki nadplanowe za realizację programu lekowego „leczenie stwardnienia rozsianego”?

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;

- § 14 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej [3], 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. W zakresie posiadanych kompetencji oraz środków finansowych oddziały wojewódzkie NFZ prowadzą 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.

Jakie alternatywne rozwiązania są przewidywane dla pacjentów, którzy z powodu ewentualnego wstrzymania finansowania zostaliby pozbawieni dostępu do tego leczenia?

Uprzejmie informuję że nie dopuszcza się możliwości wstrzymania czy pozbawienia pacjentów dostępu do leczenia.

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