



Minister Zdrowia

PLR2.050.58.2025.ZL
Warszawa, 17 października 2025

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 12508 z dnia 30 września 2025 r. Pana Łukasza Osmalaka oraz grupy Posłanek i Posła na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, w sprawie ograniczonego dostępu pacjentów do leczenia i profilaktyki zakażeń HBV i HCV, Minister Zdrowia prosi o przyjęcie poniższych informacji.

Leki stosowane w leczeniu zakażeń wirusami HBV i HCV w ramach programów lekowych stanowią świadczenia gwarantowane. Leczenie w ramach programu odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych. Leczenie jest prowadzone w wybranych jednostkach chorobowych i obejmuje ściśle zdefiniowaną grupę pacjentów. Treść każdego programu lekowego jest publikowana jako załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Opis programu obejmuje następujące elementy:

- kryteria kwalifikacji pacjenta do leczenia;
- kryteria wyłączenia z programu;
- schemat dawkowania leków;
- sposób podawania leków;
- wykaz badań diagnostycznych wykonywanych przy kwalifikacji pacjenta do programu oraz koniecznych do monitorowania leczenia.

Aktualne załączniki do programów lekowych są publikowane wraz z każdym obwieszczeniem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra->

[zdrowia-lista-lekow-refundowanych](#). Ponadto zaznaczyć należy, iż pacjenci zakwalifikowani do programów lekowych są leczeni bezpłatnie. Decyzję o kwalifikacji podejmuje lekarz placówki posiadającej kontrakt w tym zakresie – w oparciu o szczegółowe kryteria włączenia do programu.

Narodowy Fundusz Zdrowia należy do jednostek sektora finansów publicznych i w związku z tym wartość finansowanych w danym roku przez Fundusz świadczeń opieki zdrowotnej, w tym również w zakresie programów lekowych, determinowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym Funduszu, sporządzonym zgodnie z uregulowaniami art. 120 i 121 ustawy o świadczeniach¹. Powyższe wynika również z treści art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którą wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu.

Fundusz zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń, zgodnie § 14 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej². Wypełniając powyższe należy zaznaczyć, że oddziały wojewódzkie Funduszu na bieżąco realizują zapłatę za zrealizowane świadczenia opieki zdrowotnej, w tym w zakresie programów lekowych, do kwoty określonej w umowie w terminie określonym w § 24 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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;

¹ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.);

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 400).

- § 14 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, 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.

Ponadto zgodnie z informacją NFZ, oddziały wojewódzkie Funduszu na bieżąco realizują zapłatę za zrealizowane świadczenia opieki zdrowotnej, w tym w zakresie programów lekowych, do kwoty określonej w umowie w terminie określonym w § 24 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Jednocześnie informuję, że zaplanowana pierwotnie dotacja podmiotowa z budżetu państwa dla NFZ na 2025 r. wyniosła **18,35 mld zł**, tj. ponad dwukrotnie więcej niż zaplanowana pierwotnie na 2024 r. Dzięki decyzjom Minister Zdrowia oraz Ministra Finansów dotyczącym przekazania dodatkowych środków z budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia aktualna wysokość dotacji podmiotowej dla NFZ na 2025 r. wynosi już **27,65 mld zł**.

W pierwotnym planie NFZ na 2025 r. w porównaniu do pierwotnego planu finansowego NFZ na 2024 rok, wysokość środków zapisana na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w pozycji programy lekowe wynosiła 11,2 mld zł i jest wyższa o 26,3%. Ponadto w wyniku zmian planu finansowego NFZ na 2025 r., środki te wzrosły do wysokości 14,2 mld zł, czyli o blisko 2,99 mld zł więcej niż pierwotnie zaplanowano w bieżącym roku (dane wg stanu na dzień 6.10.2025 r.).

Należy podkreślić, iż w zakresie posiadanych kompetencji oraz środków finansowych, oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia prowadzą działania zmierzające do zmiany warunków finansowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno na wniosek świadczeniodawców jak i z inicjatywy własnej oddziału wojewódzkiego Funduszu, 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 Funduszu i wzrostu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - w kontekście poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, zakontraktowania większej liczby świadczeń i opłacenia nadwykonań, w tym przede wszystkim nadwykonań nielimitowanych.

Minister Zdrowia informuje, iż Narodowy Fundusz Zdrowia podejmuje wszelkie możliwe działania, aby zagwarantować pacjentom objętym leczeniem w ramach programów lekowych nieprzerwany dostęp do leczenia oraz zniwelować przerwy lub opóźnienia w prowadzeniu terapii a także zabezpieczyć dostęp do terapii dla nowo zdiagnozowanych pacjentów.

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