



Minister Zdrowia

PLR2.050.64.2025.RB
Warszawa, 07 listopada 2025

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 12891 z 17 października 2025 r. Posłanki Marii Joanny Koźlakiewicz i grupy Posłów w sprawie *zapewnienia ciągłości leczenia oraz stabilności finansowania programów lekowych dla pacjentów z chorobami reumatycznymi*, Minister Zdrowia prosi o przyjęcie poniższych informacji.

W programach lekowych dotyczących reumatologii regularnie obejmowane refundacją są nowe substancje czynne, w tym leki biologiczne oraz rozszerzane są wskazania do stosowania tych leków. Pacjenci zakwalifikowani do danego programu lekowego są leczeni bezpłatnie.

Zgodnie z wykazem refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, które obowiązują od 1 października 2025 r¹. w ramach programów lekowych z obszaru reumatologii, jak np. B.33, B.35 i B.36 refundacją objęty jest szeroki wachlarz substancji leczniczych z różnych grup terapeutycznych:

- B.33 LECZENIE CHORYCH Z AKTYWNĄ POSTACIĄ REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW I MŁODZIEŃCZEGO IDIOPATYCZNEGO ZAPALENIA STAWÓW (ICD-10: M05, M06, M08)

- leki biologiczne: adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, infiksimumab, golimumab, rituksimumab, tocilizumab, sekukinumab, anakinra, kanakinumab.

- leki chemiczne (inhibitory JAK): baricytynib, tofacytynib, filgotynib i upadacytynib.

¹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-lista-lekow-refundowanych>

W sumie 14 substancji czynnych, 53 leki o unikalnych kodach GTIN, w różnych postaciach leku: tabletki, wstrzykiwacze do podskórnego podania leku, fiolki do infuzji dożylniej.

Wg danych NFZ w latach 01.2023 – 07.2025 z programu skorzystało 18 267 pacjentów, a **refundacja wyniosła ponad 594 mln zł (!)**.

- B.35. LECZENIE CHORYCH Z ŁUSZCZYCOWYM ZAPALENIEM STAWÓW (ŁZS) (ICD-10: L40.5, M07.1, M07.2, M07.3)

- leki biologiczne: adalimumab, etanercept, infiksimab, certolizumab pegol, golimumab, sekukinumab, ixekizumab, risankizumab, guselkumab, bimekizumab;

- leki chemiczne: tofacytynib i upadacytynib.

W sumie 12 substancji czynnych, 32 leki o unikalnych kodach GTIN, w różnych postaciach leku: tabletki, wstrzykiwacze do podskórnego podania leku, fiolki do infuzji dożylniej.

Wg danych NFZ w latach 01.2023 – 07.2025 z programu skorzystało 6 947 pacjentów, a **refundacja wyniosła ponad 291 mln zł (!)**.

- B.36. LECZENIE CHORYCH Z AKTYWNĄ POSTACIĄ ZESZTYWNIAJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK) (ICD-10: M45)

- leki biologiczne: adalimumab, etanercept, infiksimab, certolizumab pegol, golimumab, sekukinumab, ixekizumab, bimekizumab;

- leki chemiczne: tofacytynib i upadacytynib.

W sumie 10 substancji czynnych, 30 leków o unikalnych kodach GTIN, w różnych postaciach leku: wstrzykiwacze do podskórnego podania leku, fiolki do infuzji dożylniej;

Wg danych NFZ w latach 01.2023 – 07.2025 z programu skorzystało 8 429 pacjentów, a **refundacja wyniosła ponad 257,5 mln zł (!)**.

Sumując powyższe kwoty należy podkreślić, iż w ww. okresach czasu na terapię w trzech programach lekowych wydano ponad 1 mld zł. Dla porównania należy wskazać, iż wielkość Całkowitego Budżetu na Refundację- obejmującego różne kategorie dostępności produktów, w ujęciu rocznym wynosiła średnio - w okresie 2023-2024, 23 mld zł. W opinii Ministra Zdrowia zarówno wydatkowana kwota jak i stale poszerzane armamentarium dostępnych produktów świadczą o dużej wadze jaką przywiązuje się do opieki nad rozważaną grupą Pacjentów.

W odpowiedzi na pytanie 7 zawarte w interpelacji, dotyczące kwestii zwiększenia przejrzystości polityki finansowej w kontekście struktury wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) należy wskazać, że w planie finansowym NFZ na dany rok, podział rodzajowy planowanych nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej uwzględnia, w ramach

możliwości finansowych poszczególnych oddziałów NFZ, w szczególności zachowanie dotychczasowej struktury rodzajowej planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych i utrzymanie, co do zasady, dotychczasowych zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej. Podziału środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy poszczególne rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej dokonują dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ. Podkreślenia przy tym wymaga, że zgodnie z art. 124 ust. 4 ustawy o świadczeniach², w trakcie roku dokonywane są przesunięcia kosztów w ramach kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej. Związane są one z dostosowaniem struktury planów finansowych oddziałów do rozpoznanych potrzeb w zakresie kosztów, w celu możliwie najefektywniejszego wykorzystania środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej.

Jednocześnie Ministerstwo Zdrowia aktualnie realizuje projekt Odwrócona Piramida Świadczeń, zmierzający do tego, aby interwencja medyczna była udzielona na odpowiednim poziomie systemu opieki zdrowotnej, co oznacza również ograniczenie liczby zbędnych hospitalizacji, a w konsekwencji poprawę dostępności leczenia szpitalnego dla pacjentów, którzy rzeczywiście wymagają takiej opieki. Temu celowi służą w szczególności działania służące poprawie efektywności działania podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zakończenie projektu planowane jest na czerwiec 2027 r.

Ponadto od maja 2022 roku Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji czterokrotnie uzyskała zlecenie Ministra Zdrowia dotyczące dokonania analizy oraz przygotowania raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i wydania rekomendacji, w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzanym ustawą o wynagrodzeniach. Należy podkreślić, że przy wyborze wariantu rekomendacji, Minister Zdrowia kierował się przede wszystkim koniecznością poprawy sytuacji finansowej podmiotów leczniczych, urealnienia wyceny oraz poprawy dostępności do świadczeń.

W bieżącym roku, zatwierdzony do realizacji wariant nr 3 rekomendacji nr 72/2025 z dnia 24 czerwca 2025 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, także był najkorzystniejszy dla placówek medycznych. Poza środkami przeznaczonymi na realizację ustawowych podwyżek, w rekomendacji zostały ujęte również inne mechanizmy skutkujące zwiększeniem wysokości przychodów z NFZ, w tym m.in. zmiany w wybranych obszarach świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania.

² Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), zwaną dalej „ustawą o świadczeniach”

Należy podkreślić, że realizacja i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programów lekowych odbywa się na podstawie umowy zawieranej pomiędzy świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia, który jest dysponentem publicznych środków w tym zakresie.

W związku z powyższym Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawił Ministrowi Zdrowia następujące stanowisko w odpowiedzi na pytania zawarte w interpelacji:

Odpowiedź na pytania 1-3.

Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje technologie lekowe, w tym leki biologiczne i inhibitory JAK, wskazane w aktualnym Obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków. 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, zdeterminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym Funduszu, sporządzonym zgodnie z uregulowaniami art. 120 i 121 ustawy o świadczeniach. Jednocześnie finansowanie przez oddziały wojewódzki NFZ udzielonych przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej, w tym programów lekowych dla pacjentów z chorobami reumatycznymi, 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, z późn. zm.), 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 ustawy o świadczeniach, 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 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.

Narastające w ostatnim czasie problemy z możliwością zabezpieczenia dostępu do świadczeń w zakresie programów lekowych wynikają przede wszystkim z niewystarczającej wysokości środków finansowych pozostających w dyspozycji Funduszu. Niewątpliwym wyzwaniem są liczne zmiany zachodzące w kolejnych obwieszczeniach Ministra Zdrowia. Płatnik publiczny stara się sprostać postulatom zgłaszanym przez liczne organizacje reprezentujące pacjentów, w szczególności dotyczącym niezwłocznego kontraktowania nowo objętych refundacją programów lekowych. W zakresie posiadanych kompetencji oraz w granicach posiadanych 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, uwzględniając 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.

Należy jednoznacznie podkreślić, że finansowanie programów lekowych jest dla Narodowego Funduszu Zdrowia priorytetem a oddziały wojewódzkie NFZ podejmują bieżące działania, aby w granicach posiadanych środków finansowych zapewnić dostęp do świadczeń na jak najwyższym poziomie.

Odpowiedź na pytanie 4.

Jak wspomniano wcześniej, zasady finansowania świadczeń oraz ustalania budżetu jakim dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia są ściśle uregulowane przepisami prawa. Wszelkie zgłoszenia, które wpływają do Centrali Funduszu od ekspertów klinicznych oraz pacjentów, dotyczące problemów z dostępem do terapii, są wnikliwie analizowane i konsultowane z oddziałami wojewódzkimi NFZ.

Odpowiedź na pytanie 5.

Zgodnie z treścią przepisu art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach, finansowanie udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się zgodnie z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartymi pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, a płatności z niej wynikające regulowane są zgodnie z i w terminach określonych przepisami §23-24 załącznika do rozporządzenia 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).

Odpowiedź na pytanie 6.

Fundusz monitoruje zarówno czas trwania postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umów na nowe programy lekowe, jak również dostępność do omawianych świadczeń w poszczególnych województwach. Centrala Funduszu monitoruje zatem sytuację związaną z zabezpieczeniem dostępu do świadczeń w poszczególnych regionach. Podjęte przez Fundusz działania w tym zakresie mają na celu skrócenie czasu trwania procedury związanej z kontraktowaniem świadczeń oraz bieżące monitorowanie sytuacji. Należy jednak podkreślić, że głównym czynnikiem determinującym możliwość przeprowadzenia procesu zawarcia umów przez oddziały wojewódzkie jest ich sytuacja finansowa. Brak wolnych środków w budżecie Funduszu powoduje opóźnienia w kontraktowaniu nowych programów lekowych czy większej liczby realizatorów istniejących programów lekowych.

Ponadto należy wskazać, że przygotowywana jest nowelizacja ustawy refundacyjnej³, której jednym z założeń ma być wprowadzenie dodatkowej kategorii refundacyjnej odnoszącej się do leków nieonkologicznych stosowanych w chorobach przewlekłych. Powyższe rozwiązanie ma ułatwić i rozszerzyć dostęp do leczenia biologicznego poprzez ewentualne umożliwienie zaopatrywania pacjentów w te leki w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Odpowiedź na pytanie 8.

Zgodnie z artykułem 131b ustawy o świadczeniach, Prezes Funduszu sporządza projekt planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa na następny rok, uwzględniając dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, wysokość planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz krajowy plan i wojewódzki plan. Projekt planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa na następny rok Prezes Funduszu przekazuje radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu w celu zaopiniowania, w szczególności w zakresie zgodności z krajowym planem i wojewódzkim planem.

Plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej składa się z:

- 1) części ogólnej zawierającej w szczególności wskazanie priorytetów w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z uzasadnieniem;

³ 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.)

2) części szczegółowej określającej w szczególności obszary terytorialne, dla których przeprowadza się postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która zostanie zawarta na danym obszarze, w danym zakresie lub rodzaju świadczeń.

Prezes Funduszu zatwierdza plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa.

Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu planują kwoty z podziałem na świadczeniodawców i zakresy świadczeń, do wysokości środków przewidzianych w planie finansowym Funduszu na dany rok w taki sposób, aby zabezpieczyć dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. W ciągu roku plan zakupu świadczeń może ulegać korektom.

Na obecną chwilę Prezes NFZ nie posiada kompleksowych informacji dotyczących wielkości środków finansowych, które mają być zabezpieczone na programy lekowe w 2026 r., gdyż zaopiniowane przez Rady Oddziałów plany na rok 2026, mają zostać przekazane Centrali Funduszu do 15 grudnia 2025 r.

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