



Minister Zdrowia

ASG.050.143.2026.EM
Warszawa, 03 lipca 2026

**Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP**

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na zapytanie nr 3474 z dnia 18 maja 2026 r. Pana Norberta Pietrykowskiego
Posła na Sejm RP w sprawie poprawy opieki nad pacjentami
z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit (NChZJ) uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych
informacji w odpowiedzi pytania:

1. *Jakie działania planuje Ministerstwo Zdrowia, aby poprawić dostęp pacjentów z NChZJ do skutecznego leczenia?*

Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania mające na celu poprawę dostępu pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit do skutecznego leczenia, w szczególności poprzez: rozwój i optymalizację programów lekowych, zwiększanie dostępności nowoczesnych terapii a także monitorowanie realizacji świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego. Jednocześnie w ramach działań analitycznych Ministerstwo Zdrowia monitoruje sytuację zdrowotną pacjentów z NChZJ. W Ministerstwie została opracowana interaktywna analiza dotycząca choroby Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, obejmująca lata 2016–2021, dostępna pod adresem: <https://basiw.mz.gov.pl/analizy/problemy-zdrowotne/nieswoiste-zapalne-choroby-jelit/>. Analiza ta zawiera dane m.in. o epidemiologii chorób, strukturze wiekowej i przestrzennej chorych, liczbie udzielonych świadczeń, liczbie pacjentów objętych programami lekowymi oraz absencji chorobowej. Dane te stanowią podstawę monitorowania sytuacji zdrowotnej pacjentów z NChZJ oraz ewentualnych dalszych działań analitycznych.

2. *Jak Ministerstwo Zdrowia zamierza skrócić czas od rozpoznania NChZJ do rozpoczęcia właściwej terapii?*

Działania Ministerstwa Zdrowia ukierunkowane na skrócenie czasu od rozpoznania NChZJ do wdrożenia właściwego leczenia koncentrują się przede wszystkim na wzmocnieniu opieki ambulatoryjnej i poprawie możliwości wczesnej diagnostyki. W tym zakresie realizowany jest projekt „Odwrócona Piramida Świadczeń”, którego celem jest zwiększenie roli ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz wcześniejsze wykrywanie chorób. Istotnym elementem tych działań jest rozszerzanie dostępu do badań diagnostycznych. W tym kontekście Minister Zdrowia uzyskał pozytywną opinię Prezesa AOTMiT w sprawie zasadności włączenia do katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej m.in. oznaczenia kalprotektyny w kale dla populacji pediatrycznej, nieinwazyjnego badania pozwalającego na różnicowanie nieswoistych zapaleń jelit oraz

monitorowanie przebiegu choroby i skuteczności leczenia. Szersze wykorzystanie tego badania może przyczynić się do wcześniejszego rozpoznania oraz ograniczenia konieczności wykonywania bardziej inwazyjnych badań diagnostycznych. Należy również podkreślić, że opiekę nad pacjentami z chorobami układu pokarmowego sprawują w pierwszej kolejności lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), natomiast w przypadku konieczności pogłębionej diagnostyki i leczenia świadczenia realizowane są w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz leczenia szpitalnego (LSZ). W ramach AOS pacjenci mają dostęp do porad gastroenterologicznych oraz niezbędnych badań diagnostycznych, w tym badań laboratoryjnych (np. morfologia, markery zapalne, badanie kału) oraz badań obrazowych i endoskopowych (m.in. USG, gastroskopia, kolonoskopia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny), które służą ustaleniu optymalnego postępowania terapeutycznego. Świadczenia realizowane w ramach LSZ obejmują kompleksową diagnostykę i leczenie zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w tym procedury medyczne, niezbędne badania, farmakoterapię oraz świadczenia związane z programami lekowymi. Decyzje dotyczące wyboru i wdrożenia terapii podejmowane są indywidualnie przez lekarzy, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, wytycznymi klinicznymi oraz stanem zdrowia pacjenta. Wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego opracowywane są przez środowiska eksperckie, w szczególności Polskie Towarzystwo Gastroenterologii, stanowią wsparcie dla lekarzy w podejmowaniu decyzji klinicznych.

3. Jakie zmiany w organizacji opieki nad pacjentami z NChZJ są obecnie rozważane?

Obecnie w Ministerstwie Zdrowia nie są prowadzone prace nad wprowadzeniem modelu kompleksowej opieki gastroenterologicznej jako odrębnego świadczenia gwarantowanego. Jednocześnie Ministerstwo pozostaje otwarte na dialog z ekspertami klinicznymi oraz przedstawicielami organizacji pacjenckich w zakresie możliwych kierunków rozwoju opieki nad pacjentami z NChZJ.

Równolegle realizowane są działania mające na celu dalsze wzmacnianie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, poprawę dostępności diagnostyki oraz monitorowanie jakości i dostępności świadczeń.

Należy przy tym podkreślić, że świadczeniodawcy są zobowiązani do zapewnienia kompleksowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego, obejmującego wykonanie niezbędnych badań i procedur zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz obowiązującymi standardami postępowania.

4. Jakie zmiany w dostępie do nowoczesnych terapii dla pacjentów z NChZJ Ministerstwo Zdrowia uznaje obecnie za priorytetowe, zarówno w zakresie obejmowania refundacją kolejnych leków o nowych mechanizmach działania, jak i modyfikacji kryteriów kwalifikacji do programów lekowych B.32 i B.55?

Istotnym elementem poprawy jakości opieki nad pacjentami z NChZJ pozostaje rozwój dostępu do nowoczesnych terapii. Kwestie związane z refundacją reguluje ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 253), zwana dalej „ustawą o refundacji”.

Na mocy art. 37 ust. 6 ustawy o refundacji minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, raz na trzy miesiące, w drodze obwieszczenia, wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w stosunku do których wydano decyzje o objęciu refundacją. Treść każdego programu lekowego jest publikowana jako załącznik do wyżej wymienionego obwieszczenia i dostępna na stronie:

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

Zgodnie z art. 24 ustawy o refundacji, w odniesieniu do produktów leczniczych, które są dostępne na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w zakresie wskazań rejestracyjnych, Minister Zdrowia może podjąć działania w sprawie objęcia refundacją bądź zmiany wskazań w oparciu o wniosek przedłożony przez podmiot odpowiedzialny (producenta leku, jego przedstawiciela lub importera). Wnioskodawca może złożyć do ministra właściwego do spraw zdrowia wniosek o objęcie refundacją i ustalenie ceny zbytu netto między innymi leku, technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej, technologii lekowej o wysokim poziomie innowacyjności.

Złożony wniosek, o którym mowa wyżej, jest poddawany ocenie formalno-prawnej, a następnie, w przypadku produktu leczniczego, który nie ma odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu, jest przesyłany do oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej też jako „Agencja”) celem przygotowania analizy weryfikacyjnej, stanowiska Rady Przejrzystości oraz rekomendacji Prezesa. Prezes Agencji, biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, jakość dostępnych dowodów naukowych oraz wiarygodność porównań i wyników przeprowadzonych analiz, wydaje rekomendację w sprawie objęcia refundacją wnioskowanego leku w danym wskazaniu. Następnie prowadzone są negocjacje z Komisją Ekonomiczną, która prowadzi z podmiotami odpowiedzialnymi negocjacje w zakresie ustalenia ceny zbytu netto oraz wskazań, w których lek ma być refundowany.

Po zebraniu całości materiału dowodowego w danym postępowaniu refundacyjnym, Minister Zdrowia mając na uwadze uzyskanie jak największych efektów zdrowotnych w ramach dostępnych środków publicznych, wydaje decyzję administracyjną o objęciu refundacją (pozytywną lub negatywną), przy uwzględnieniu następujących kryteriów:

- 1) stanowiska Komisji Ekonomicznej;
- 2) rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 3) istotności stanu klinicznego, którego dotyczy wniosek o objęcie refundacją;
- 4) skuteczności klinicznej i praktycznej;
- 5) bezpieczeństwa stosowania;
- 6) relacji korzyści zdrowotnych do ryzyka stosowania;
- 7) stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych dotychczas refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, w porównaniu z wnioskowanym;
- 8) konkurencyjności cenowej;
- 9) wpływu na wydatki podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorców;
- 10) istnienia alternatywnej technologii medycznej, w rozumieniu ustawy o świadczeniach, oraz jej efektywności klinicznej i bezpieczeństwa stosowania;
- 11) wiarygodności i precyzji oszacowań kryteriów, o których mowa w pkt 3-10;
- 12) mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach;
- 13) wysokości progu kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość, ustalonego w wysokości trzykrotności Produktu Krajowego Brutto na jednego mieszkańca, o którym mowa w art. 6 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto, a w przypadku braku możliwości wyznaczenia tego kosztu - koszt uzyskania dodatkowego roku życia;
- 14) zobowiązania do zapewnienia ciągłości dostaw, o którym mowa w art. 25 pkt 4 – biorąc pod uwagę inne możliwe do zastosowania w danym stanie klinicznym procedury medyczne, które mogą być zastąpione przez wnioskowany lek.

Odnosząc się do kwestii działań podejmowanych w zakresie NChZJ oraz implementacji nowych technologii lekowych należy wskazać, że wnioski w przedmiocie objęcia refundacją i ustalenia ceny zbytu netto w trybie art. 24 ust. 1 pkt 1 ustawy o refundacji zostały złożone dla następujących technologii lekowych:

- w ramach programu lekowego B32. LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA LEŚNIEWSKIEGO – CROHNA (ICD-10: K50): **ryzankizumab (Skyrizi)** oraz **mirikizumab (Omvoh)**, we wskazaniu: *leczenie pacjentów z ciężką lub umiarkowaną czynną postacią ChL-C (wynik w skali CDAI >220 punktów), w wieku od 18 lat,*
- w ramach programu lekowego B.55. LECZENIE PACJENTÓW Z WRZODZAJĄCYM ZAPALENIEM JELITA GRUBEGO (WZJG) (ICD-10: K51): **ryzankizumab (Skyrizi)**, we wskazaniu: *leczenie pacjentów z ciężką lub umiarkowaną postacią WZJG (wynik w skali Mayo ≥6 punktów), w wieku od 18 lat.*

Ww. wnioski zostały ocenione przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT)¹² i są na etapie negocjacji z Komisją Ekonomiczną. Po uzyskaniu opinii ciał doradczych cały zebrany w sprawie materiał zostanie przekazany Ministrowi Zdrowia, który rozstrzygnie o wydaniu decyzji w przedmiocie objęcia refundacją ww. leków (pozytywnej lub negatywnej) niezwłocznie po zakończeniu wszystkich etapów postępowania administracyjnego wskazanych w ustawie o refundacji.

Ponadto, w ostatnim czasie Minister Zdrowia wydał pozytywne decyzje o objęciu refundacją leku **Tremfya (guselkumab)** w ramach programów lekowych B.32 oraz B.55³. W związku z powyższym, od 1 lipca br. pacjenci dotknięci ChLC mają dostęp do refundowanego leczenia z wykorzystaniem 6 terapii (*infliksymab, adalimumab, wedolizumab, ustekinumab, guselkumab, upadacytynib*), natomiast pacjenci z WZJG 9 terapii (*infliksymab, wedolizumab, ustekinumab, mirikizumab, guselkumab, upadacytynib, filgotynib, tofacytynib, ozanimod*).

Warto w tym miejscu również przypomnieć, że w oparciu o aktualne zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne dotyczące postępowania z pacjentami z NCHZJ, wytyczne Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii i Konsultanta Krajowego w dziedzinie Gastroenterologii oraz z uwzględnieniem aktualnego stanu wiedzy i rekomendacji AOTMiT, w kwietniu 2024 r. dokonano kompleksowej zmiany treści programów lekowych B.32 oraz B.55. Zmiany objęły między innymi objęcie leczeniem szerszej populacji, umożliwienie kontynuacji terapii rozpoczętej w ramach innych źródeł finansowania, czy liczne uzupełnienia porządkujące.

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

¹ Stanowiska Rady Przejrzystości nr 38/2026 i 39/2026 z dnia 30 marca 2026 r. oraz nr 66/2026 z dnia 18 maja 2026 r.

² Rekomendacje Prezesa AOTMiT nr 42/2026 i 43/2026 z dnia 2 kwietnia 2026 r. oraz nr 71/2026 z dnia 20 maja 2026r.

³ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/projekt-obwieszczenia-ministra-zdrowia-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekowsrodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywniowego-oraz-wyrobow-medycznych-ktory-wejdzie-w-zycie-1lipca-2026-r>