Minister
Zdrowia

PLR2.050.83.2026.JW
Warszawa, 09 listopada 2026

**Pan**
**Włodzimierz Czarzasty**
**Marszałek Sejmu**
**Rzeczypospolitej Polskiej**

*Szanowny Panie Marszałku,*

w odpowiedzi na interpelację nr 20414 Pani Mai Nowak, Posłanki na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej oraz Grupy Posłów, w sprawie nierówności w dostępie do leczenia stwardnienia rozsianego, ze szczególnym uwzględnieniem woj. lubuskiego, Minister Zdrowia przedstawia poniżej następujące informacje.

Na wstępie należy podkreślić, że stwardnienie rozsiane jest chorobą, w której czas rozpoczęcia leczenia jest bardzo istotny, a kluczowe znaczenie dla opóźnienia rozwoju niepełnosprawności ma szybkie wdrożenie odpowiednio dobranej terapii. W programie lekowym B.29. Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane (ICD-10: G35) finansuje się leczenie stwardnienia rozsianego substancjami:

1) postać rzutowo - remisyjna (RRMS) w I linii leczenia: interferon beta-1a, interferon beta-1b, peginterferon beta-1a, octan glatirameru, fumaran dimetylu, fumaran tegomilu, teryflunomid, ozanimod, ponesimod, ofatumumab, okrelizumab i.v., okrelizumab s.c., kladrybina, ublituksymab;

2) postać rzutowo - remisyjna (RRMS) w II linii leczenia: okrelizumab i.v., fingolimod, natalizumab i.v., natalizumab s.c., alemtuzumab, kladrybina;

3) szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby (RES RRMS): fingolimod, natalizumab i.v., natalizumab s.c., alemtuzumab, kladrybina;

4) postać pierwotnie postępująca (PPMS): okrelizumab i.v.;

5) postać wtórnie postępująca (SPMS): interferon beta-1b, siponimod.

Na chwilę obecną w programie lekowym B.29.brak jest wniosków o objęcie refundacją dla nowych substancji czynnych, aktualnie niefinansowanych ze środków publicznych.

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Odnosząc się do finansowania programów lekowych należy wskazać, że zgodnie z art. 9 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych[1] Narodowy Fundusz Zdrowia należy do jednostek sektora finansów publicznych i w związku z tym wartość finansowanych w danym roku przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej zdeterminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym NFZ, sporządzonym zgodnie z uregulowaniami art. 120 i 121 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[2], zwanej dalej „ustawą o świadczeniach".

Jednocześnie wartość środków finansowych jakie Narodowy Fundusz Zdrowia może przeznaczyć w planie finansowym NFZ na dany rok na koszty świadczeń opieki zdrowotnej wynika z wartości prognozowanych przychodów NFZ, w tym w szczególności z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne, będących pochodną podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz wymiaru tej składki, a także środków z dotacji podmiotowej lub środków z funduszy celowych (np. Funduszu Medycznego).

Finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia zrealizowanych przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się zgodnie z postanowieniami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i przepisami:

- art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym wysokość łącznych zobowiązań NFZ wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym NFZ;
- § 14 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[3], zgodnie z którymi NFZ zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

Powyższe oznacza, że zrealizowane w danym okresie świadczenia opieki zdrowotnej finansowane są do poziomu określonego w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy. Bezspornym zatem jest, że zobowiązanie to w stosunku świadczeń udzielonych w ramach umów obowiązujących w 2025 r. zostało wypełnione i jest

[1] ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1483)
[2] ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.)
[3] 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, z późn. zm.)

wypełniane w stosunku do świadczeń udzielanych w ramach umów obowiązujących w 2026 r.

W ramach procesu rocznego rozliczenia umów za 2025 r. oddziały wojewódzkie NFZ prowadziły działania zmierzające do dostosowania planu umów do ich realizacji, poprzez alokację środków w umowie. Decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ o przeprowadzeniu rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość określoną w umowie zawartej ze świadczeniodawcami podejmowane były po dokonaniu przez oddziały wojewódzkie NFZ rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej za grudzień 2025 roku, potwierdzeniu sald rozliczeń i podsumowaniu środków, których nie wykorzystali świadczeniodawcy realizujący kontrakty w danym roku poniżej planu, poprzez dokonanie zmiany warunków finansowych umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postaci aneksu rozliczającego zamknięty okres rozliczeniowy lub zawarcie ze świadczeniodawcą umowy o wynagrodzenie/ugody pozasądowej.

Powyższe działania zdeterminowane były poziomem środków finansowych pozostających w dyspozycji poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ w 2025 r. Po zamknięciu ksiąg rachunkowych oddziałów wojewódzkich NFZ za 2025 r. oddziały wojewódzkie NFZ podjęły działania mające na celu sfinansowanie, w ramach środków określonych w pozycji B2.18 – koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych planu finansowego OW NFZ na 2026 r., niesfinansowanych w ramach rozliczenia 2025 r. nadwykonań nielimitowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych programami lekowymi i leków stosowanych w chemioterapii.

Istotny wpływ na realizację powyższego procesu miały dodatkowe środki z budżetu państwa przekazane do NFZ przez Ministra Zdrowia, w ramach których Prezes NFZ dokonał zwiększenia w planie finansowym NFZ na 2026 r. środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich NFZ z przeznaczeniem na uzupełnienie środków na sfinansowanie, niesfinansowanych w ramach rozliczenia 2025 r., nadwykonań nielimitowanych świadczeń opieki zdrowotnej, leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych programami lekowymi oraz leków stosowanych w chemioterapii, świadczeń wentylacji mechanicznej w opiece długoterminowej, świadczeń żywienia dojelitowego i pozajelitowego w warunkach domowych, świadczeń dializoterapii oraz świadczeń psychiatrii sądowej. Ponadto, informuję, że ewentualne kolejne zwiększenie środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich NFZ, w tym z przeznaczeniem na sfinansowanie pozostałych nadwykonań z 2025 r., może być rozpatrywane w przyszłości w przypadku zaistnienia przesłanek umożliwiających dokonanie zmiany planu finansowego NFZ na 2026 r.

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Odnosząc się do sytuacji województwa lubuskiego należy wskazać, że średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia z zakresu programu lekowego B.29. Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane, wynosi (rzeczywisty z 3 miesięcy):

- w przypadku pilnym: 0 dni;
- w przypadku stabilnym: 70 dni, ale tylko do poradni neurologicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze Sp. z o.o.

Informuję, że do Lubuskiego OW nie wpłynęły sygnały wskazujące na ograniczenie dostępności do świadczeń realizowanych w ramach tego programu lekowego.

Informacje dotyczące kwestii realizacji ww. świadczenia, wpłynęły do płatnika w odniesieniu do:

- województwa łódzkiego, gdzie prof. dr hab. n. med. Krzysztof Selmaj w Centrum Neurologii w Łodzi prowadzi duże badania kliniczne związane z leczeniem stwardnienia rozsianego, a w miesiącach październik – listopad 2026 r. nastąpiło przeniesie do programu lekowego 131 pacjentów w celu zapewnienia im kontynuacji leczenia,
- Podkarpackiego OW wpłynęła informacja od 1 świadczeniodawcy wskazująca na możliwe ograniczenia przyjęć nowych pacjentów z powodów finansowych,
- w czerwcu 2026 r. pacjentka z Opola wystąpiła do Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie opóźnienia we włączeniu do programu w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Jadwigi w Opolu. Z wyjaśnień świadczeniodawcy wynika, że pacjentka rozpoczęła leczenie w sierpniu 2026 r. w innym podmiocie realizującym program na terenie województwa – w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie – Koźlu.

Podsumowując należy wskazać, że:

- różnice w finansowaniu świadczeń nie przekładają się na czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia,
- do oddziałów wojewódzkich NFZ nie wpłynęły zgłoszenia od realizatorów programu B.29, w których świadczeniodawcy wskazywaliby zagrożenie w terminowym rozpoczęciu terapii nowych pacjentów ani uwarunkowania tego procesu zapłatą przez OW NFZ niesfinansowanych nadwykonań,
- do oddziałów wojewódzkich wpływają wnioski świadczeniodawców o sfinansowanie świadczeń ponadlimitowych zrealizowanych we wszystkich programach lekowych, ale nie jest podnoszony w nich argument ograniczania przyjęć pacjentów.

Na zakończenie niniejszej odpowiedzi Minister Zdrowia przedstawia dane, o które wystąpiono w interpelacji, tj. liczba pacjentów oraz wartości niesfinansowanych świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach programu lekowego leczenia stwardnienia rozsianego (Tab. 1).

| Oddziały Wojewódzkie | 2025 r. | | 2026 r. | |
|---|---|---|---|---|
| | Wartość nierozliczonych świadczeń | Liczba pacjentów objętych leczeniem | Wartość nierozliczonych świadczeń | Liczba pacjentów objętych leczeniem |
| Dolnośląski | 1 818 767,11 zł | 2 070 | 1 715 371,47 zł | 2 159 |
| Kujawsko-Pomorski | 799 422,01 zł | 1 160 | 4 503 212,65 zł | 1 220 |
| Lubelski | - zł | 1 198 | 731 553,90 zł | 1 209 |
| Lubuski | 188 966,11 zł | 366 | 141 416,30 zł | 393 |
| Łódzki | 2 490 920,96 zł | 1 920 | 2 214 501,35 zł | 1 958 |
| Małopolski | 3 385 390,75 zł | 2 904 | 11 581 724,33 zł | 3 063 |
| Mazowiecki | 718 053,98 zł | 5 073 | 1 253 651,43 zł | 5 305 |
| Opolski | - zł | 422 | 339 141,05 zł | 421 |
| Podkarpacki | 1 185 885,47 zł | 1 292 | 2 552 322,39 zł | 1 353 |
| Podlaski | 1 694 483,51 zł | 669 | 2 184 601,39 zł | 677 |
| Pomorski | 2 087 152,34 zł | 1 893 | 2 396 658,02 zł | 2 025 |
| Śląski | 2 257 086,81 zł | 3 693 | 4 861 951,40 zł | 3 799 |
| Świętokrzyski | 308 572,07 zł | 913 | 2 185 544,43 zł | 961 |
| Warmińsko-Mazurski | 420 753,44 zł | 696 | 861 860,43 zł | 745 |
| Wielkopolski | 579 320,00 zł | 2 604 | 635 055,82 zł | 2 744 |
| Zachodniopomorski | - zł | 779 | 1 219 339,22 zł | 826 |

Tab. 1. Wartość wykonanych i nierozliczonych świadczeń realizowanych w ramach programu lekowego B.29 oraz liczby pacjentów w latach 2025-2026.

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