



Prezes  
Narodowego Funduszu Zdrowia

Data: 25.10.2024 r.

Znak sprawy: NFZ-DGL.4400.238.2024  
2024.354860.IKA

Adresat: **Pan**  
**dr hab. Marcin Wiącek**  
**Rzecznik Praw Obywatelskich**

Szanowny Panie Rzeczniku,

W odpowiedzi na pismo znak: V.7010.61.2024.ŁK z dnia 15 października 2024 roku w sprawie udzielenia wyjaśnień, odnoszących się do informacji, pojawiających się w przestrzeni publicznej w sprawie wstrzymania finansowania świadczeń dla osób chorujących na stwardnienie rozsiane i rdzeniowy zanik mięśni, proszę o przyjęcie poniższego.

Na wstępie niniejszego pisma uprzejmie informuję, że zgodnie z art. 9 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych Narodowy Fundusz Zdrowia należy do jednostek sektora finansów publicznych. Powyższe ma bezpośredni wpływ na fakt, iż wartość finansowanych w danym roku świadczeń opieki zdrowotnej zdeterminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym Funduszu zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, sporządzonym zgodnie z uregulowaniami art. 120 i 121 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2024 został sporządzony zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisami wydanymi na podstawie delegacji w niej zawartych i w dniu 29 września 2023 r. został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów. Ujęte w zatwierdzonym planie finansowym NFZ na 2024 r. planowane koszty realizacji zadań NFZ (poz. B planu finansowego) wynosiły 166 168 207 tys. zł.

W wyniku dokonanych zmian planu finansowego NFZ na 2024 r. planowane koszty realizacji zadań NFZ (poz. B planu finansowego) zostały zwiększone łącznie o 21 165 577 tys. zł do poziomu 187 333 784 tys. zł.

Finansowanie przez oddziały wojewódzki 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.

Dokonane w 2024 r. zwiększenie planowanych kosztów realizacji zadań NFZ (poz. B planu finansowego), w tym m.in. zwiększenie planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o kwotę 2 694 650 tys. zł ze zwiększenia dotacji podmiotowej z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8a ustawy o świadczeniach, umożliwiło oddziałom wojewódzkim NFZ sfinansowanie nadwykonań w Nielimitowanych zakresach świadczeń oraz w części programów lekowych za I i II kw. 2024 r.

Odnosząc się natomiast bezpośrednio do zagadnienia będącego przedmiotem wystąpienia Pana Rzecznika, tj. artykułu opublikowanego w portalu Rynek Zdrowia, pragnę wyjaśnić że treści zamieszczone w przytoczonym przez Pana Rzecznika artykule nie znajdują potwierdzenia w faktach. Do Narodowego Funduszu Zdrowia nie wpływały sygnały od świadczeniodawców dotyczące ograniczenia dostępności do świadczeń w programie lekowym: B.102 Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni. Należy tutaj wyraźnie podkreślić, że dla płatnika publicznego leczenie rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) jest priorytetem. Żaden pacjent, zakwalifikowany do leczenia z tym rozpoznaniem nie pozostanie bez terapii. Leczenie to włączane jest bezzwłocznie. Wybitne osobistości medycyny, Panie Profesor zasiadające w Zespole Koordynacyjnym ds. rdzeniowego zaniku mięśni mają świadomość, że jedyną skuteczną metodą pomocy pacjentom z SMA jest leczenie, które oferuje program lekowy, stąd wspólne wysiłki aby terapia pacjentów przebiegała bez jakichkolwiek zakłóceń.

Dodatkowo pragnę dodać, że bezwzględnie dementujemy informacje odnoszące się do odmowy finansowania terapii genowej dedykowanej dla pacjentów z rdzeniowym zanikiem mięśni (SMA). Każda placówka, która wdroży taką terapię uzyska finansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia. W naszej ocenie szkodliwym, szczególnie dla Pacjentów i ich rodzin jest rozpowszechnianie niesprawdzonych informacji i wywoływanie tym samym atmosfery strachu i niepewności, które i tak towarzyszą rozpoznaniu rdzeniowego zaniku mięśni. Nieuczciwym jest również wypowiedanie się na temat sytuacji związanej z terapią genową przez przedstawiciela ośrodka, który takiej terapii nie prowadzi.

Należy podkreślić jeszcze raz, żadna osoba, czy to dziecko czy dorosły pacjent z rdzeniowym zanikiem mięśni nie zostanie pozostawiony bez terapii. Ta pewność wynika z doskonałej

współpracy środowiska neurologów opiekujących się tą grupą pacjentów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Przechodząc natomiast do zagadnienia sytuacji pacjentów w programie „Leczenie stwardnienia rozsianego”, uprzejmie informuję że wystąpiły incydentalne zgłoszenia dotyczące dostępu do omawianego świadczenia. Przytoczone sytuacje zostały szczegółowo zbadane, a dyrektorzy oddziałów wojewódzkich otrzymali polecenie od Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia aby uregulować płatności za świadczenia wypracowane w I półroczu 2024 roku ponad kwoty zobowiązań i ściśle monitorować sytuację.

Dodatkowo pragnę poinformować, że zebrane z oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia informacje, wg stanu na dzień 22 października 2024 roku wskazują na brak bieżących problemów z funkcjonowaniem programu lekowego B.29 Leczenie stwardnienia rozsianego. Pojedyncze zgłaszane sygnały rozwiązywane są na bieżąco, stąd pozostajemy w nadziei, że dalsza realizacja tak ważnych świadczeń, jakimi są programy lekowe będzie przebiegała bez jakichkolwiek zakłóceń.

Z poważaniem

Miłosz Anczakowski

Zastępca Prezesa NFZ ds. Służb Mundurowych

z up. Prezesa

Narodowego Funduszu Zdrowia  
/Dokument podpisany elektronicznie/

#### **Kontakt**

Departament Gospodarki Lekami, tel. 22 572 61 89, e-mail [sekretariat.dgl@nfz.gov.pl](mailto:sekretariat.dgl@nfz.gov.pl)