



BIURO PUBLICZNE  
KANCELARIA  
Senatu Rzeczypospolitej  
w Warszawie  
wprowadzone dnia 13.03.06  
nr 1586 podpis: Wp

wprowadzone dnia 10.03.2006  
nr 1542 podpis:

**MINISTER ZDROWIA**

Warszawa, 2006-03-07

MZ-UZ-ZR-746-4369-6/DZ/06

**Pan**  
**Bogdan Borusewicz**  
**Marszałek Senatu**  
**Rzeczypospolitej Polskiej**

*Janusz Paweł Marotta*

W odpowiedzi na oświadczenie Pani Krystyny Bochenek złożone podczas 5. posiedzenia Senatu RP w dniu 1 lutego br., przesłane pismem Pana Marszałka z dnia 8 lutego br., znak: BPS/DSK-043-87/06, w sprawie zmian w katalogu świadczeń na rok 2006 niekorzystnych dla chorych na ostre białaczki szpikowe, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Warunki udzielania świadczeń oraz zasady zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcami regulują przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) oraz akty wykonawcze do ww. ustawy. Szczegółowe zasady kontraktowania i rozliczania tych świadczeń zostały określone w zarządzeniach Prezesa NFZ, dotyczących postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach.

Odnosząc się do kwestii zmian wprowadzonych w Katalogu świadczeń szpitalnych na rok 2006, dotyczących zasad finansowania leczenia osób chorych na białaczki szpikowe, określonym w zarządzeniu Nr 93/2005 Prezesa Funduszu z dnia 17 października 2005 r. w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne”, uprzejmie wyjaśniam, iż zapisy poszczególnych zarządzeń Prezesa NFZ, dotyczących postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki

zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach na rok 2006 są na bieżąco monitorowane. Zgodnie z art. 163 ust. 2 cyt. ustawy minister właściwy do spraw zdrowia bada decyzje podejmowane przez Prezesa Funduszu i stwierdza nieważność decyzji, w całości lub w części, w przypadku gdy narusza ona prawo lub prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, bądź prowadzi do niezrównoważenia wpływów i wydatków Funduszu.

Mając na uwadze powyższe Minister Zdrowia, w ramach nadzoru sprawowanego nad działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia, wystąpił do konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach, w tym m.in. do Konsultanta Krajowego w dziedzinie hematologii, o zaopiniowanie przyjętych zarządzeniami Prezesa NFZ szczegółowych materiałów informacyjnych na rok 2006, w kontekście zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców. Zgodnie z propozycją zgłoszoną przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie hematologii, dotyczącą zasad finansowania i warunków leczenia ostrych białaczek szpikowych zarządzenie Nr 93/2005 Prezesa NFZ zostało zmienione, w przedmiotowym zakresie, zarządzeniem Nr 12/2006 z dnia 23 lutego 2006 roku zmieniającym zarządzenie Nr 93/2005 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2005 roku w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne”, zmienione zarządzeniem Nr 113/2005 z dnia 30 grudnia 2005 roku Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zawarta w Katalogu świadczeń szpitalnych, stanowiącym załącznik do zarządzenia Nr 12/2006 z dnia 23 lutego 2006 roku, zmieniona procedura o kodzie: 5.06.00.0000956 - hospitalizacja w celu diagnostyki i wdrożenia intensywnego leczenia chemioterapią ostrych białaczek lub chłoniaka Burkitta lub immunoablacja z powodu aplazji szpiku o wartości 2 000 punktów jest finansowana w roku bieżącym przez Narodowy Fundusz Zdrowia za każdy kurs wdrożenia leczenia u pacjenta (indukcja, reindukcja lub konsolidacja remisji).

Jednocześnie odnosząc się do kwestii dotyczącej wyceny 1 grama immunoglobulin uprzejmie wyjaśniam, iż w katalogu świadczeń szpitalnych na rok 2006 przy świadczeniu o kodzie - 5.06. 00. 0001401- pierwotny niedobór odporności lub wtórny niedobór immunoglobulin IgG poniżej 500 mg%, choroby tkanki łącznej, miastenia, ITP oraz niedobór odporności u chorych po przeszczepieniu szpiku lub narządu unaczynionego - leczenie przetoczeniami immunoglobulin o wartości 12 punktów, w rubryce uwagi znajduje się adnotacja „za każdy 1 g przetoczonych immunoglobulin”. Zgodnie ze stanowiskiem Centrali NFZ, uzyskanym w przedmiotowej sprawie, Fundusz po wnikliwej analizie kosztów ponoszonych przez

świadcziodawców stosujących w procesie leczenia immunoglobulinę oraz pozyskaniu informacji o rynkowych cenach przedmiotowych preparatów ustalił, że ich ceny wahają się pomiędzy 90 zł a 146 zł za 1 gram i na tej podstawie ustalił średnią wartość 1 grama immunoglobulin na poziomie 12 punktów. Średnia cena za punkt rozliczeniowy w rodzaju leczenie szpitalne w umowach zawartych na rok 2006 wynosi 10,13 zł, co po przeliczeniu przez 12 punktów daje średnio kwotę 121,56 zł za 1 gram przetaczanych immunoglobulin.

*z wyrazami szacunku*

*[Signature]*  
z upoważnienia  
**MINISTRA ZDROWIA**  
**SEKRETARZ STANU**  
*Bolesław Piecha*