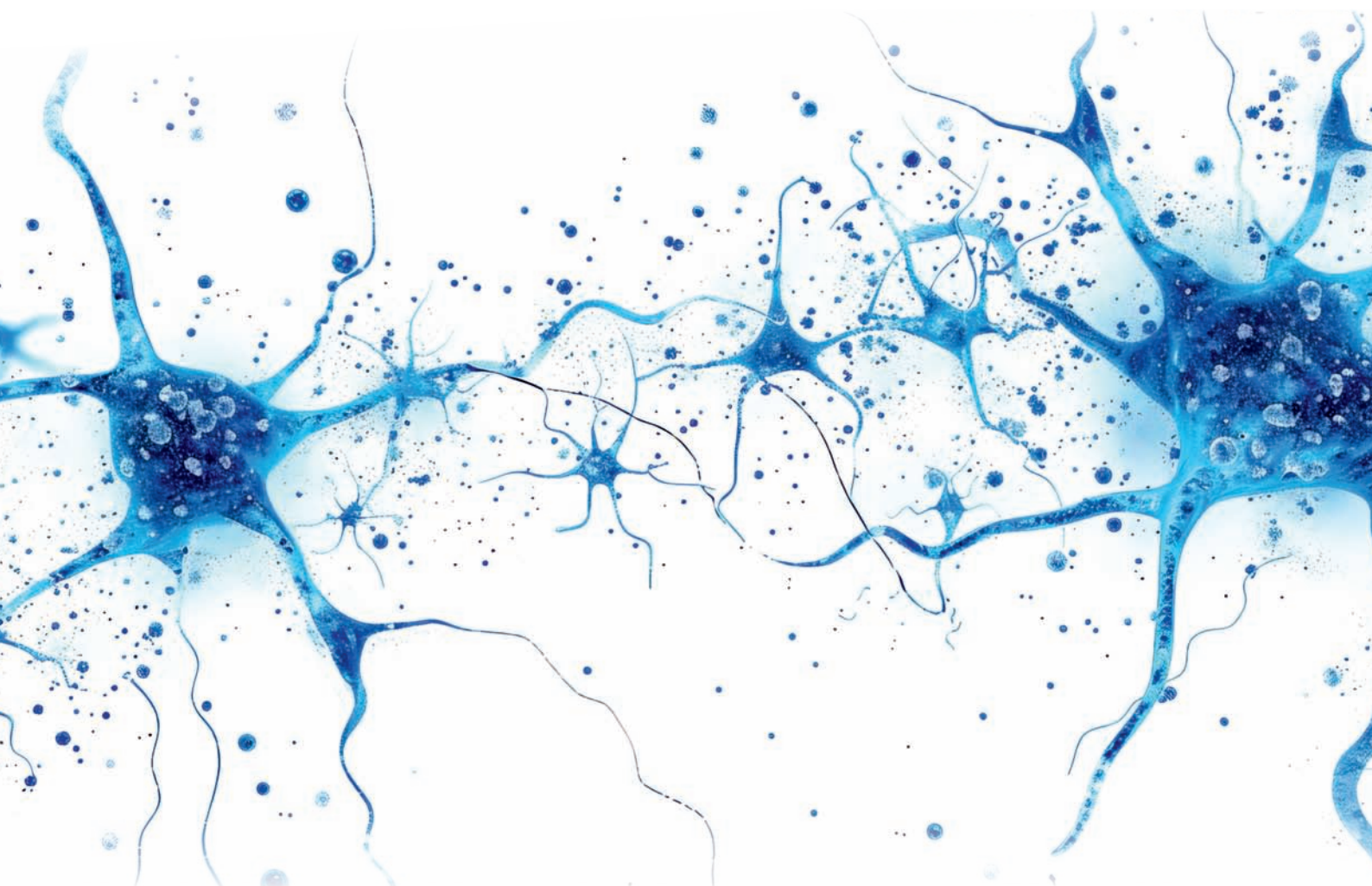


PROGRAMY LEKOWE W NEUROLOGII 2026

Stan obecny i perspektywy rozwoju



Polskie Towarzystwo
Neurologiczne



ZDROWIE I EDUKACJA
AD MERITUM
FUNDACJA

Raport pt.

„Programy lekowe w neurologii 2026. Stan obecny i perspektywy rozwoju”.

Polskie Towarzystwo Neurologiczne. Fundacja Zdrowie i Edukacja Ad Meritum. Warszawa.

Październik 2026

ISBN: 978-83-966921-5-3



Polskie Towarzystwo
Neurologiczne



Redakcja naukowa

Prof. dr hab. n. med. Alina Kułakowska, Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego

Prof. dr hab. n. med. Halina Sienkiewicz-Jarosz, Przewodnicząca Krajowej Rady ds. Neurologii

Prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski, Konsultant Krajowy w dziedzinie neurologii

Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA, Prezydium Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta

Autorzy w kolejności alfabetycznej:

1. Dr n. med. Magdalena Boczarska-Jedynak, Sekcja Bólu Głowy PTN
2. Dr hab. n. med. Magdalena Bosak, prof. UJ, Przewodnicząca Sekcji Padaczki PTN
3. Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA, Prezydium Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta
4. Dr hab. n. med. Agnieszka Gorzkowska, prof. SUM, Sekcja Alzheimerowska PTN
5. Prof. dr hab. n. med. Piotr Janik, Sekcja Schorzeń Pozapiramidowych PTN
6. Prof. dr hab. n. med. Alicja Kalinowska, Sekcja Stwardnienia Rozsianego i Neuroimmunologii PTN
7. Prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski, Konsultant Krajowy w dziedzinie neurologii, Sekcja Chorób Naczyniowych Mózgu PTN
8. Dr n. med. Maja Krzyształowska-Wawrzyniak, MBA, Kierownik Działu Świadczeń Medycznych Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie
9. Prof. dr hab. n. med. Anna Kostera-Pruszczyk, Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Rdzeniowy Zanik Mięśni
10. Prof. dr hab. n. med. Katarzyna Kotulska-Jóźwiak, Przewodnicząca Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Chorych na Rdzeniowy Zanik Mięśni
11. Prof. dr hab. n. med. Dariusz Koziorowski, Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Zaburzeń Motorycznych w przebiegu Choroby Parkinsona, Sekcja Schorzeń Pozapiramidowych PTN
12. Prof. dr hab. n. med. Alina Kułakowska, Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Sekcja Stwardnienia Rozsianego i Neuroimmunologii PTN
13. Prof. dr hab. n. med. Magdalena Kuźma-Kozakiewicz, Katedra i Klinika Neurologii, Zespół Badawczy Chorób Neurodegeneracyjnych Warszawski Uniwersytet Medyczny
14. Dr n. med. Mariusz Kwarciany, Klinika Neurologii Dorosłych, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku
15. Dr n. med. Marta Lipowska, Przewodnicząca Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Rzadkich Chorób Neurologicznych
16. Prof. dr hab. n. med. Maria Mazurkiewicz-Betdzińska, Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych, Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Rdzeniowy Zanik Mięśni, Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet, Sekcja Padaczki PTN

17. Prof. dr hab. n. med. Justyna Paprocka, Przewodnicząca Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia pacjentów z zespołem Lennox-Gastaut lub z zespołem Dravet
18. Prof. dr hab. n. med. Anna Potulska-Chromik, Klinika Neurologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (UCK WUM)
19. Prof. dr hab. n. med. Konrad Rejda, Sekcja Padaczki PTN
20. Dr hab. n. med. Iwona Sarzyńska-Długosz, Sekcja Neurorehabilitacji PTN
21. Prof. dr hab. n. med. Halina Sienkiewicz-Jarosz, Przewodnicząca Krajowej Rady ds. Neurologii, Sekcja Padaczki PTN, Prezes-elekt PTN
22. Dr hab. n. med. Joanna Siuda, Sekcja Schorzeń Pozapiramidowych PTN
23. Prof. dr hab. n. med. Jarosław Sławek, Sekcja Schorzeń Pozapiramidowych PTN
24. Prof. dr hab. n. med. Beata Zakrzewska-Pniewska, Przewodnicząca Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Pacjentów ze Spektrum Zapalenia Nerwów Wzrokowych i Rdzenia Kręgowego

Redakcja techniczna

Mgr Ewa Pol, Fundacja Zdrowie i Edukacja Ad Meritum

Patronat naukowy

Polskie Towarzystwo Neurologiczne i Polskie Towarzystwo Neurologów Dziecięcych



Polskie Towarzystwo
Neurologiczne



Partnerzy raportu

abbvie

AMGEN

AstraZeneca

Biogen

Lilly
A MEDICINE COMPANY

GENESIS
pharma

IPSEN

MEDISON

Roche

Swixx
BioPharma

teva

ucb

Partnerzy nie mieli wpływu na dobór autorów, treść merytoryczną, wnioski i rekomendacje raportu.

Cytacja tylko z podaniem źródła:

Programy lekowe w neurologii 2026. Stan obecny i perspektywy rozwoju. Kułakowska A., Sienkiewicz-Jarosz H., Karaszewski B., Gierczyński J., Polskie Towarzystwo Neurologiczne, Fundacja Zdrowie i Edukacja Ad Meritum. Warszawa, październik 2026



SPIS TREŚCI

WSTĘP	11
--------------	-----------

Prof. dr hab. n. med. Alina Kułakowska, Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego

WPROWADZENIE	12
---------------------	-----------

**Prof. dr hab. n. med. Alina Kułakowska, Prof. dr hab. n. med. Halina Sienkiewicz-Jarosz,
Prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski, Dr n. med. Jakub Gierczyński**

1 Programy lekowe w neurologii wg danych NFZ i MZ	15
--	-----------

Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA

1.1	Liczba programów lekowych w neurologii w 2026 roku	15
1.2	Leki refundowane w ramach programów lekowych w neurologii w latach 2021-2026	16
1.3	Liczba pacjentów leczonych w ramach programów lekowych w neurologii w latach 2023-2025	20
1.4	Wydatki ogółem na programy lekowe w neurologii w latach 2023-2025	22
1.5	Kontrakty na programy lekowe w neurologii w 2026 roku	27
1.6	Liczba ośrodków realizujących programy lekowe w neurologii w latach 2023-2025	30
1.7	Roczny koszt leczenia jednego pacjenta w neurologicznych programach lekowych w 2025 roku	32
1.8	Odsetek wydatków na świadczenia w neurologicznych programach lekowych w 2025 roku	33
1.9	Odsetek rozliczonych świadczeń w neurologicznych programach lekowych w 2025 roku wg ich rodzajów	35
1.10	Szczegółowa analiza poszczególnych programów lekowych w neurologii	37
	B.22 Leczenie pacjentów z chorobą Pompego	37
	B.23 Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III	38
	B.24 Leczenie choroby Hurler	40
	B.25 Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)	41
	B.28 Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	42

B.29 Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	43
B.30 Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	45
B.57 Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	47
B.67 Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	48
B.90 Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	49
B.102.FM Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	51
B.104 Leczenie choroby Fabry'ego	52
B.121 Leczenie amifamprydą pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona	53
B.123 Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona	54
B.133 Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą	55
B.138.FM Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	57
B.153 leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego	58
B.154.FM Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet	59
B.157 Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastenii	60
B.170 Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej	61
B.174 Leczenie chorych na ataksję Friedreicha	62
2 Analiza warunków i efektywności finansowej neurologicznych programów lekowych	64
Dr Maja Krzyształowska-Wawrzyniak	
2.1 Podstawowe zasady realizacji i rozliczania programów lekowych w Polsce – ze szczególnym uwzględnieniem programów neurologicznych	64
2.2 Analiza rentowności dwóch wybranych programów lekowych – B.90 i B.157	77
2.3 B.90 Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	80
2.4 B.157 Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastenii	83
3 Komentarze sekcji PTN oraz przewodniczących zespołów koordynacyjnych na temat stanu obecnego i rekomendowanych zmian w funkcjonujących programach lekowym w neurologii	91

3.1	B.22 Leczenie pacjentów z chorobą Pompego Prof. dr hab. n. med. Halina Sienkiewicz-Jarosz, Dr n. med. Grzegorz Witkowski	91
3.2	B.28 Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy Prof. dr hab. n. med. Jarosław Sławek	95
3.3	B.29 Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane Prof. dr hab. n. med. Alicja Kalinowska, Prof. dr hab. n. med. Alina Kułakowska	96
3.4	B.30 Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A oraz B.57 leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A Dr hab. n. med. Iwona Sarzyńska-Długosz, Prof. IPiN	99
3.5	B.67 Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych, Prof. dr hab. med. Anna Kostera-Pruszczyk, Prof. dr hab. n. med. Anna Potulska-Chromik	103
3.6	B.90 Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona Prof. dr hab. n. med. Dariusz Kozirowski, Prof. dr hab. n. med. Piotr Janik, Dr hab. n. med. Joanna Siuda, prof. ŚUM	105
3.7	B.102.FM Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni, Prof. dr hab. med. Anna Kostera-Pruszczyk	107
3.8	B.102.FM Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni Prof. dr hab. n. med. Katarzyna Kotulska-Jóźwiak	109
3.9	B.133 Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą Dr n. med. Magdalena Boczarska-Jedynak	111
3.10	B.138.FM Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD) Prof. dr hab. n. med. Beata Zakrzewska-Pniewska	115
3.11	B.153 Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego, B.154.FM leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet Dr hab. n. med. Magdalena Bosak, prof. UJ, Prof. dr hab. n. med. Maria Mazurkiewicz-Będzinińska, Prof. dr hab. n. med. Justyna Paprocka, Prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak	116
3.12	B.154.FM Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet, Prof. dr hab. n. med. Justyna Paprocka, Przewodnicząca Zespołu Koordynacyjnego ds leczenia pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet	117
3.13	B.157 Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii Prof. dr hab. med. Anna Kostera-Pruszczyk	118
3.14	B.170 Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej, Dr n. med. Marta Lipowska	120
3.15	B.174 Leczenie chorych na ataksję Friedreicha Dr n. med. Mariusz Kwarciany, Prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski	122

3.16	B.176 Leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne Prof. dr hab. n. med. Magdalena Kuźma-Kozakiewicz	123
3.17	B.180 Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a (DMD) Prof. dr hab. n. med. Justyna Paprocka	124
3.18	Komentarz na temat oczekiwanego programu lekowego w neurologii. Program lekowy w chorobie Alzheimerera Prof. dr hab. n. med. Halina Sienkiewicz-Jarosz, Dr hab. n. med. Agnieszka Gorzowska, Prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski	127
3.19	Przekrojowe zestawienie postulatów wynikających z komentarzy przedstawicieli sekcji Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i przewodniczących zespołów koordynacyjnych	129
4	Komentarz konsultanta krajowego do raportu pt. „Programy lekowe w neurologii 2026. Stan obecny i perspektywy rozwoju” Prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski	137
5	Podsumowanie Prof. dr hab. n. med. Alina Kułakowska, Prof. dr hab. n. med. Halina Sienkiewicz-Jarosz, Prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski, Dr n. med. Jakub Gierczyński	140
6	Wnioski i rekomendacje Prof. dr hab. n. med. Alina Kułakowska, Prof. dr hab. n. med. Halina Sienkiewicz-Jarosz, Prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski, Dr n. med. Jakub Gierczyński	143
7	Załączniki	144
	Załącznik 1 lista funkcjonujących 145 programów lekowych na dzień 1.10.2026 r., Ministerstwo Zdrowia	145
	Załącznik 2 lista ośrodków klinicznych realizujących poszczególne programy lekowe w neurologii wg liczby leczonych pacjentów w 2025 roku (od największej do najmniejszej)	150
	B.22 Leczenie pacjentów z chorobą Pompego	150
	B.23 Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III	151
	B.24 Leczenie choroby Hurler	152
	B.25 leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)	152
	B.28 Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	153
	B.29 Leczenie stwardnienia rozsianego	155
	B.30 Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	160

B.57 Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	161
B.67 Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	165
B.90 Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	168
B.102.FM Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	169
B.104 Leczenie choroby Fabry'ego	171
B.121 Leczenie amifamprydą pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona	172
B.123 Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona	172
B.133 Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą	172
B.138.FM Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	175
B.153 Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego	176
B.154.FM Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastaut lub z zespołem Dravet	177
B.157 Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastenii	178
B.170 Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej	179
B.174 Leczenie chorych na ataksję Friedreicha	179

8 Bibliografia

180



WSTĘP

Szanowni Państwo,

W imieniu Polskiego Towarzystwa Neurologicznego zapraszam Państwa do lektury raportu pt. **„Programy lekowe w neurologii 2026. Stan obecny i perspektywy rozwoju”**. Raport przedstawia aktualny stan i rekomendowane zmiany w funkcjonowaniu programów lekowych w neurologii, z uwzględnieniem perspektywy klinicznej i systemowej. Proponowane zmiany mają na celu optymalizację dostępu polskich pacjentów do nowoczesnych technologii terapeutycznych gwarantujących skuteczne leczenie, a przez to umożliwiających powrót do zdrowia i dobrą jakość życia.

Składam podziękowania Narodowemu Funduszowi Zdrowia za przekazanie aktualnych danych na temat programów lekowych, które pozwoliły na przekrojową analizę danych z rzeczywistej praktyki klinicznej (RWD) w niniejszym raporcie. Dziękuję również Ministerstwu Zdrowia oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji za merytoryczną współpracę w zakresie optymalizacji programów lekowych w neurologii.

Bardzo dziękuję za współpracę naukową neurologom reprezentującym poszczególne sekcje Polskiego Towarzystwa Neurologicznego oraz Przewodniczącym Zespołów Koordynacyjnych funkcjonujących w niektórych programach lekowych. Szczególne podziękowania składam neurologom dziecięcym: Pani Prof. Marii Mazurkiewicz-Betdzińskiej, Przewodniczącej Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych, Pani Prof. Justynie Paprockiej, Konsultant Krajowej w dziedzinie neurologii dziecięcej oraz Pani Prof. Katarzynie Kotulskiej-Jóźwiak, Przewodniczącej Rady ds. Chorób Rzadkich za aktywny udział w opracowaniu raportu – co podkreśla jedność neurologii, której integralną składową jest neurologia dziecięca.

Bardzo dziękuję za współredagowanie raportu Pani Prof. Halinie Sienkiewicz-Jarosz, Przewodniczącej Krajowej Rady ds. Neurologii, Panu Prof. Bartoszowi Karaszewskiemu, Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie neurologii oraz Panu Dr Jakubowi Gierczyńskiemu. Dziękuję za działania logistyczne i redakcyjne Pani Prezes Ewie Pol z Fundacji Zdrowie i Edukacja AdMeritum. Dziękuję partnerom instytucjonalnym, którzy wsparli publikację tego raportu.

Warto wspomnieć, że raport „Programy lekowe w neurologii 2026. Stan obecny i perspektywy rozwoju” jest kontynuacją prac analitycznych, których wyniki zostały opublikowane przez Polskie Towarzystwo Neurologiczne w raporcie pt. „Neurologia w Polsce. Stan obecny i perspektywy rozwoju” w 2024 roku.¹

Życzę Państwu interesującej lektury oraz inspiracji do wspólnego działania optymalizującego dostęp polskich pacjentów do diagnostyki i terapii w ramach programów lekowych. Działania inspirowanego ideą „zdrowia mózgu”, która powinna wytyczać priorytetowe traktowanie pacjentów z chorobami układu nerwowego w Polsce.

Prof. dr hab. n. med. Alina Kułakowska

Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego
Warszawa, Październik 2026 r.

1. Neurologia w Polsce. Stan obecny i perspektywy rozwoju. Gierczyński J., Kułakowska A., Rejda K. Polskie Towarzystwo Neurologiczne, Fundacja Zdrowie i Edukacja Ad Meritum, Warszawa, Sierpień 2024. Dostępne: https://ptneuro.pl/sites/scm/files/2024-09/Raport_Neurologia%20w%20Polsce.%20Stan%20obecn%20i%20perspektywy%20rozwoju.pdf

WPROWADZENIE

Raport pt. „**Programy lekowe w neurologii 2026. Stan obecny i perspektywy rozwoju**” został zainicjowany i opracowany przez Polskie Towarzystwo Neurologiczne. Publikacja ma pokazać potencjał programów lekowych w neurologii, jako głównego narzędzia dostępu do farmakologicznego leczenia schorzeń neurologicznych.

Raport podsumowuje trzy ostatnie lata funkcjonowania programów lekowych w neurologii oraz wskazuje warunki i perspektywy ich rozwoju. Unikalną częścią raportu są komentarze przedstawicieli sekcji Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i przewodniczących zespołów koordynacyjnych, odnoszące się do obecnych i rekomendowanych kryteriów włączenia i wyłączenia programów lekowych, potrzeb diagnostycznych w zakresie kwalifikacji do programu i monitorowania programu oraz nowych substancji, wskazań i postaci leków w programach lekowych. Autorzy komentarzy starają się także odpowiedzieć na pytanie, czy obecna liczba ośrodków jest wystarczająca, czy istnieje potrzeba tworzenia nowych, czy kontrakty są wystarczające oraz w jakich programach potrzebni są koordynatorzy opieki.

Program lekowy to świadczenie gwarantowane, w ramach którego leczenie odbywa się z zastosowaniem leków, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń. Przypomnijmy, że świadczenie gwarantowane wg ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, to świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości ze środków publicznych, na zasadach i w trybie określonych w ustawie. Leczenie pacjentów w ramach programów lekowych jest prowadzone w wybranych jednostkach chorobowych i obejmuje ściśle zdefiniowaną grupę pacjentów. Treść każdego programu lekowego jest publikowana jako załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Opis programu obejmuje: kryteria kwalifikacji pacjenta do leczenia, kryteria wyłączenia z programu, schemat dawkowania leków, sposób podawania leków oraz wykaz badań diagnostycznych wykonywanych przy kwalifikacji pacjenta do programu oraz koniecznych do monitorowania leczenia. Pacjenci zakwalifikowani do programów lekowych są leczeni bezpłatnie. Decyzję o kwalifikacji podejmuje lekarz placówki posiadającej kontrakt w tym zakresie – w oparciu o szczegółowe kryteria włączenia do programu.²

Program lekowy jest wynikiem kompleksowych działań, współpracy i konsensusów środowiska decydenta, płatnika, klinicystów, producentów, organizacji pacjentów i ekspertów systemowych wprowadzających nowe technologie lekowe do koszyka świadczeń gwarantowanych. W ostatnich latach Ministerstwo Zdrowia podjęło wiele pozytywnych decyzji zwiększających dostęp refundacyjny do nowoczesnych terapii. W latach 2021-2026 zrefundowano 705 nowych częsteczko-wskazań ogółem, w tym 58 nowych częsteczko-wskazań z zakresu neurologii, co stanowiło 8,2% wszystkich decyzji refundacyjnych. Przełożyło się to na znaczącą poprawę dostępności refundacyjnej do leków pacjentów w Polsce, na tle Unii Europejskiej.³ Kluczowe jest zagwarantowanie, aby te dobre decyzje refundacyjne przekładały się na rzeczywistą, szybką i równą dostępność terapii dla wymagających tego leczenia pacjentów w Polsce.

2. Programy lekowe. Ministerstwo Zdrowia. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/programy-lekowe>

3. EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2025 Survey. IQVIA. 2026 <https://www.efpia.eu/media/mnfdwzax/efpia-patients-wait-indicator-2025.pdf>

Polska neurologia dynamicznie się rozwija, wprowadzając nowe możliwości diagnostyczne i terapeutyczne oraz kształcąc profesjonalne kadry medyczne i pomocnicze. Dzięki programom lekowym nastąpił ogromny przełom w dostępie do terapii schorzeń neurologicznych w Polsce. W 2025 roku, w 22 programach lekowych w neurologii leczono ok. 55 tys. pacjentów, co stanowiło w ok. 16% z leczonych ok. 338 tys. pacjentów w 142 programach lekowych ogółem. Wynika z tego, że niemal co szósty pacjent leczony w programach lekowych ogółem w 2025 r. był leczony w ramach neurologicznych programów lekowych. Należy przy tym zaznaczyć, że niektóre programy lekowe w neurologii są prowadzone przez neurologów wspólnie z lekarzami innych specjalizacji.

Niestety, obecny system finansowania programów lekowych prowadzi do istotnych nierówności w dostępie pacjentów do terapii. Głównym problemem jest limitowanie kontraktów NFZ w ramach neurologicznych programów lekowych, zarówno w zakresie leków, jak i świadczeń związanych z obsługą pacjenta.⁴ W przeciwieństwie do dostępności refundowanych leków przepisywanych na receptę, w programach lekowych wielu chorych odnotowuje bariery w dostępie do leczenia, co wynika z limitów kontraktacyjnych i zbyt niskiej wyceny świadczeń w poszczególnych programach. Dzisiaj, w ramach programów lekowych w neurologii, możliwość rozpoczęcia leczenia zależy od limitu wartości kontraktu NFZ dla danego ośrodka. Kontrakt z reguły jest zbyt niski w stosunku do potrzeb terapeutycznych, przez co pacjenci są zmuszeni do długiego oczekiwania na włączenie do programu lekowego lub błądzą po systemie w poszukiwaniu ośrodka, który podejmie leczenie. W sytuacji, gdy ośrodek kliniczny w trosce o zdrowie pacjenta włączy go do programu lekowego w chwili przekroczenia kontraktu, zakładając własne środki, nie ma gwarancji zapłaty za rozliczone nadwykonania kontraktu ze strony NFZ. O wyborze i dostępie do leczenia nie może decydować aspekt ekonomiczny, tylko dobro pacjenta.

Należy w pełni poprzeć stan rzeczy, że pacjenci onkologiczni i pediatryczni mają zapewnione finansowanie diagnostyki i leczenia w ramach programów lekowych bez limitów, ale tak samo powinna wyglądać sytuacja pacjentów z chorobami neurologicznymi. Brak limitów nie oznacza złagodzenia kryteriów włączania pacjentów do programów lekowych czy nadmiernego stosowania terapii. Brak limitów to gwarancja rzeczywistego dostępu każdego pacjenta do terapii w ramach programu lekowego oraz możliwość zaplanowania pracy ośrodków realizujących programy w aspekcie kadr i procesów. Postulujemy, aby leczenie pacjentów w ramach neurologicznych programów lekowych było finansowane w sposób nielimitowany, a kontrakty zawierane co roku z NFZ zabezpieczały rzeczywiste potrzeby chorych na schorzenia neurologiczne w Polsce. Niezbędne jest także regularne aktualizowanie zapisów programów lekowych, tak aby umożliwiały leczenie pacjentów zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i standardami klinicznymi. Celem powinno być stworzenie takich warunków, aby chorzy na choroby neurologiczne w Polsce mogli liczyć na szybki i przewidywalny dostęp do skutecznego leczenia w ramach programów lekowych. Przekłada się to nie tylko na efekty zdrowotne, ale również utrzymanie produktywności chorych i racjonalizację zasobów systemu ochrony zdrowia poprzez unikanie powikłań oraz odwracanie piramidy świadczeń.

W pełni popieramy kierunki optymalizacji programów lekowych sygnalizowane przez wypowiedzi kierownictwa Ministerstwa Zdrowia: „Programy lekowe otworzyły polskim pacjentom dostęp do wielu nowoczesnych terapii. Teraz czas na ich kolejny etap. Rozmawiamy o tym, jak je upraszczać, jak ograniczać zbędne obciążenia administracyjne i jak szerzej wykorzystywać dane do oceny rzeczywistych efektów leczenia. Nowoczesny program lekowy powinien być projektowany wokół pacjenta i efektu zdrowotnego, a nie wokół procedury”.⁵

4. Programy lekowe w Polsce – wnioski z badania ankietowego, Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych. 2025 <https://zdrowie.pap.pl/sites/default/files/202510/PROGRAMY-LEKOWE-W-POLSCIE-----WNIOSKI-Z-BADANIA-ANKIETOWEGO-v2.pdf>

5. MedExpress. Nowa Polityka Lekowa Państwa. MZ zapowiada zmiany na lata 2026–2031. 10.09.2026. Dostępne: <https://www.medexpress.pl/ochrona-zdrowia/nowa-polityka-lekowa-panstwa-mz-zapowiada-zmiany-na-lata-20262031/>

Zapraszamy do lektury raportu oraz twórczej dyskusji na temat stanu obecnego i perspektyw programów lekowych w neurologii. Dyskusji, która, mamy nadzieję, przerodzi się w działania w kierunku rzeczywistej poprawy dostępu do diagnostyki i terapii pacjentów neurologicznych w Polsce.

Prof. dr hab. n. med. Alina Kułakowska
Prof. dr hab. n. med. Halina Sienkiewicz-Jarosz
Prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski
Dr n. med. Jakub Gierczyński

Programy lekowe w neurologii wg danych NFZ i MZ

Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA

1.1 LICZBA PROGRAMÓW LEKOWYCH W NEUROLOGII W 2026 ROKU

W 2025 roku funkcjonowały 22 programy lekowe realizowane lub współrealizowane przez neurologów. Stanowiły one 15,5% z 142 programów lekowych ogółem.⁶

Na dzień 1 października 2026 w Polsce funkcjonuje 145 programów lekowych, w tym 42 programy onkologiczne i 103 programy nieonkologiczne (patrz załącznik na końcu raportu).

Od 1 października 2026 roku został wprowadzony 23 program lekowy w neurologii: B.180. Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a (DMD).⁷

Tabela 1. 23 programy lekowe realizowane lub współrealizowane przez neurologów, stan na 1 października 2026 roku, dane MZ.

Lp	Kod załącznika	Nazwa programu lekowego
1.	B.22	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego
2.	B.23	Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III
3.	B.24	Leczenie choroby Hurler
4.	B.25	Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)
5.	B.28	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy
6.	B.29	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane
7.	B.30	Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A
8.	B.57	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A

6. Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 75/2026/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 lipca 2026 r. https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/43946/Zarzadzenie-75_2026_DGL

7. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2026 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 października 2026 r. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-16-wrzesnia-2026-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-pazdziernika-2026-r>

Lp	Kod załącznika	Nazwa programu lekowego
9.	B.67	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych
10.	B.90	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona
11.	B.102.FM	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni
12.	B.104	Leczenie choroby Fabry'ego
13.	B.121	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona
14.	B.123	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona
15.	B.133	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą
16.	B.138.FM	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)
17.	B.153	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego
18.	B.154.FM	Leczenie pacjentów z zespołem Lennoxa-Gastauta lub z zespołem Dravet
19.	B.157	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii
20.	B.170	Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej
21.	B.174	Leczenie chorych na ataksję Friedreicha
22.	B.176	Leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne
23.	B.180	Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

1.2 LEKI REFUNDOWANE W RAMACH PROGRAMÓW LEKOWYCH W NEUROLOGII W LATACH 2021-2026

Według danych Ministerstwa Zdrowia w latach 2021-2026 zrefundowano 705 nowych cząsteczko-wskazań ogółem, w tym 58 nowych cząsteczko-wskazań z zakresu neurologii, co stanowiło 8,2% wszystkich decyzji refundacyjnych. Większość nowych cząsteczko-wskazań została zrefundowana w ramach programów lekowych.⁸

8. Obwieszczenia ministra zdrowia - lista leków refundowanych. Ministerstwo Zdrowia <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-lista-lekow-refundowanych>

Tabela 2. Decyzje refundacyjne Ministra Zdrowia z zakresu nowych cząsteczko-wskazań dla leków stosowanych w terapii chorób neurologicznych w latach 2021-2026 na tle decyzji refundacyjnych ogółem, dane MZ.

	Refundowane leki
2021 2/68	1. Amifamprydyna, Zespół miasteniczny Lamberta-Eatona – doustnie 2. Alemtuzumab, SM – dożylnie
2022 18/115	1. Interferon beta-1b, SM – podskórnice 2. Fingolimod, SM – doustnie 3. Ofatumumab, SM – podskórnice 4. Kladrybina, SM – doustnie 5. Siponimod, SM – doustnie 6. Okrelizumab, SM – dożylnie 7. Ponesimod, SM – doustnie 8. Natalizumab, SM – dożylnie 9. Ozanimod, SM – doustnie 10. Cenobamat, Padaczka – doustnie 11. Satralizumab, NMOSD – podskórnice 12. Onasemnogen abeparwowek, SMA – dożylnie 13. Rysdyplam, SMA – doustnie 14. Toksyna botulinowa typu A, Migrena przewlekła – domięśniowo 15. Erenumab, Migrena przewlekła – podskórnice 16. Fremanezumab, Migrena przewlekła – podskórnice 17. Ataluren, Dystrofia mięśniowa Duchenne'a – doustnie 18. Brivaracetam, Dravet, Lennox-Gastauta, Westa – doustnie
2023 5/145	1. Interferon beta-1b, SM – podskórnice 2. Kladrybina, SM – doustnie 3. Okrelizumab, SM – dożylnie 4. Toksyna botulinowa typu A, Spastyczność – domięśniowo 5. Siarczan morfiny, Neuralgia popółpaścowa – podskórnice
2024 17/135	1. Kannabidiol, Dravet lub Lennox-Gastauta – doustnie 2. Kannabidiol, Stwardnienie Guzowate – doustnie 3. Szczepionka przeciw półpaścowi, Neuralgia popółpaścowa – domięśniowo 4. Natalizumab, SM – podskórnice 5. Immunoglobulina ludzka, SPS – podskórnice 6. Rytuksymab, Miastenia – dożylnie 7. Efgartigimod alfa, Miastenia – dożylnie 8. Mykofenolan mofetylu, Miastenia – doustnie 9. Produodopa (foslewodopa + foskarbidopa), Ch. Parkinsona – podskórnice 10. Pitolisant, Narkolepsja – doustnie 11. Rysdyplam, SMA – poszerzenie wskazań – doustnie 12. Metadon, Ból – doustnie 13. Tapentadol, Ból 14. Fentanyl, Ból 15. Morfina, Ból 16. Oksykodon, Ból 17. Oksykodon + nalokson, Ból

	Refundowane leki
2025 12/152	1. Toksyna botulinowa typu A, Spastyczność – domięśniowo 2. Fenfluramina, Lennox-Gastaut lub Dravet – doustnie 3. Rawulizumab, Miastenia – dożylnie 4. Wutrisiran, Polineuropatia ATTR – podskórnie 5. Immunoglobulina ludzka, SCID – podskórnie 6. Eptinezumab, Migrena przewlekła – dożylnie 7. Omaweloksolon, Ataksja Friedreicha – doustnie 8. Ublituxymab, SM – dożylnie 9. Modafinil, Narkolepsja – doustnie 10. Okrelizumab, SM – podskórnie 11. Tofersen, Stwardnienie zanikowe boczne (ALS, SLA) – dokanałowo 12. Midazolam, Drgawki – dopoliczkowo
2026 4/90	1. Rysdyplam, SMA – tabletki – doustnie 2. Lewodopa + karbidopa + entakapon, Ch. Parkinsona – dojelitowo 3. Rozanoliksyzumab, Miastenia – podskórnie 4. Wamorolon, Dystrofia mięśniowa Duchenne’a * od października 2026 zrefundowano również wyższą dawkę nusinersenu w terapii SMA

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Największa liczba nowych cząsteczko-wskazań z zakresu neurologii została zrefundowana w 2022 roku – 18, następnie w 2024 roku – 17, 2025 roku – 12, 2023 roku – 5, 2026 roku – 4 i 2 nowe cząsteczko-wskazania w 2021 roku.

Wykres 1. Refundacja nowych cząsteczko-wskazań z zakresu neurologii na tle refundacji ogółem w latach 2021-2026, dane MZ.

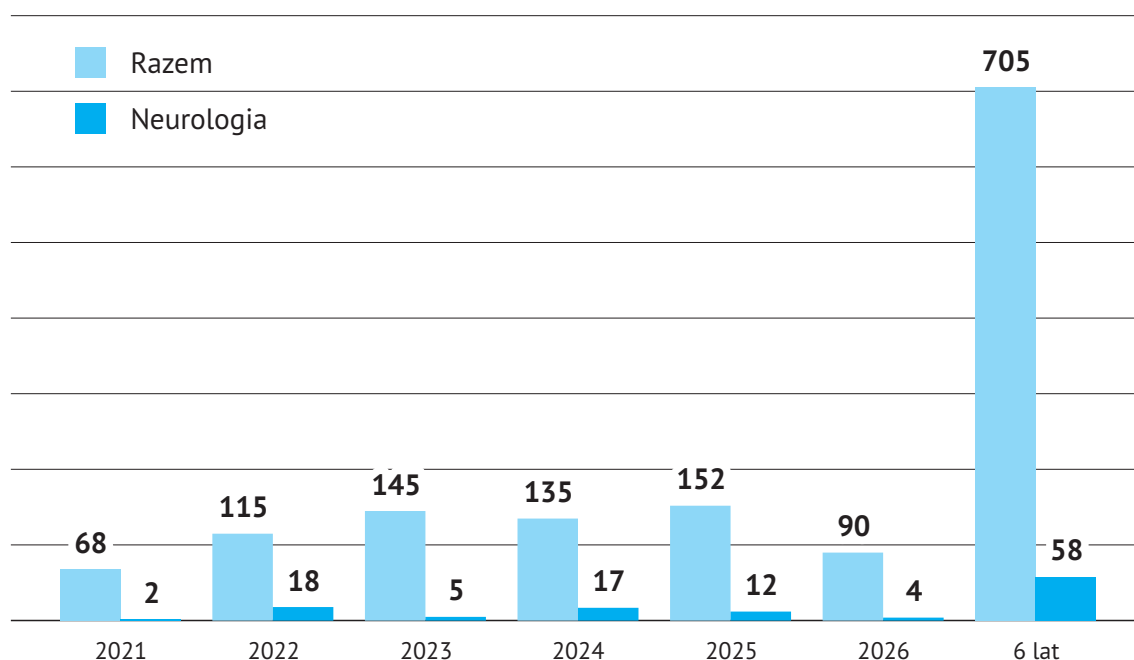


Tabela 3. Wykaz programów lekowych w neurologii i substancje czynne w nich refundowane, dane NFZ.

Nr	Nazwa programu lekowego	Substancje czynne
B.22	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego	ALGLUKOZYDAZA ALFA, AWALGLUKOZYDAZA ALFA
B.23	Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III	IMIGLUCERAZA, ELIGLUSTAT, WELAGLUCERAZA ALFA
B.24	Leczenie choroby Hurler	LARONIDAZA
B.25	Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)	IDURSULFAZA
B.28	Leczenie dystonii ogniskowych i połowicznego kurczu twarzy	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
B.29	Leczenie chorych na stwardnienie rozсіяne	INTERFERON BETA, OCTAN GLATIRAMERU, FUMARAN DIMETYLU, PEGINTERFERON BETA-1A, TERYFLUNOMID, OFATUMUMAB, OZANIMOD, PONESIMODUM, SIPONIMOD, ALEMTUZUMAB, KLADRYBINA, FINGOLIMOD, NATALIZUMAB, OKRELIZUMAB, UBLITUKSUMAB, FUMARAN TEGOMILU
B.30	Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
B.57	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
B.67	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	IMMUNOGLOBULINY
B.90	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	LEWODOPA + KARBIDOPA, APOMORFINA, FOSLEWODOPA + FOSKARBIDOPA, LEWODOPA + KARBIDOPA + ENTAKAPON
B.102.FM	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	NUSINERSEN, RYSDYPLAM, ONASEMNOGEN ABEPARWOWEK
B.104	Leczenie choroby Fabry'ego	AGALZYDAZA ALFA, AGALZYDAZA BETA, MIGALASTATUM
B.121	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona	AMIFAMPRYDYNA
B.123	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona	TRIENTYNA
B.133	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą	ERENUMAB, FREMANEZUMAB, TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A, EPTINEZUMAB
B.138.FM	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	SATRALIZUMAB

Nr	Nazwa programu lekowego	Substancje czynne
B.153	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego	KANNABIDIOL
B.154.FM	Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastaut lub z zespołem Dravet	KANNABIDIOL, FENFLURAMINA
B.157	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii	EFGARTIGIMOD ALFA, RYTUKSYMAB, RAWULIZUMAB, ROZANOLIKSYZUMAB
B.170	Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej	WUTRISIRAN
B.174	Leczenie chorych na ataksję Friedreicha	OMAWELOKSOLON
B.176	Leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne	TOFERSEN
B.180	Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne’a	WAMOROLON

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W procesie refundacyjnym w Polsce znajdują się nowe technologie lekowe zarejestrowane w schorzeniach neurologicznych w Unii Europejskiej. Są to m.in.

1. Choroba Alzheimer: donanemab, lekanemab.
2. Miastenia: inebilizumab, nipokalimab, zilukoplan, poszerzenie wskazań refundacyjnych dla rawulizumabu, postać podskórna efgartigimodu-alfa.
3. Spektrum Zapalenia Nerwów Wzrokowych i Rdzenia Kręgowego (NMOSD): ekulizumab, inebilizumab, rawulizumab.
4. Stwardnienie rozsiane (SM): okrelizumab podskórny w postaci pierwotnie postępującej SM, okrelizumab u dzieci od 10 r.k., natalizumab w I linii programu lekowego.
5. Choroba Parkinsona: lewodopa w postaci wziewnej.
6. Dystrofia mięśniowa Duchenne’a (DMD): givinostat.
7. Migrena przewlekła: atogepant, galkanezumab.
8. Encefalopatie padaczkowe i rozwojowe: cenobamat.
9. Rdzeniowy zanik mięśni (SMA): onasemnogen abeparwówek w postaci do podań dooponowych, nowe wskazanie refundacyjne.

1.3 LICZBA PACJENTÓW LECZONYCH W RAMACH PROGRAMÓW LEKOWYCH W NEUROLOGII W LATACH 2023-2025

Polskie Towarzystwo Neurologiczne złożyło w dniu 29 czerwca 2026 r. wniosek do Centrali NFZ o udostępnienie danych dotyczących opieki nad pacjentami z chorobami neurologicznymi w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji programów lekowych w neurologii. Dane pochodzą z systemu sprawozdawczo – rozliczeniowego Centrali NFZ na dzień 06.07.2026 r. i mogą ulegać zmianie w kolejnych okresach rozliczeniowych.⁹

9. Odpowiedź NFZ na wniosek PTN o udostępnienie danych dotyczących opieki nad pacjentami z chorobami neurologicznymi w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji programów lekowych w neurologii. NFZ-DGL.0143.84.2026 2026.356959.ANDY. 08.07.2026 r.

W 2025 roku w 22 programach lekowych w neurologii było leczonych 54,5 tys. pacjentów, co stanowiło ok. 16% z leczonych 337,5 tys. pacjentów w 142 programach lekowych ogółem – wynika z tego, że co szósty pacjent leczony w programach lekowych w 2025 r. był leczony przez neurologów. Indeks dynamiki wzrostu liczby leczonych pacjentów wyniósł 112% 2025 vs 2024 i 115% 2024 vs 2023 rok.

Tabela 4. Liczba pacjentów leczonych w 22 programach lekowych w neurologii na tle programów lekowych ogółem, dane NFZ.

Nr	Nazwa programu lekowego	2023	2024	2025
B.29	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	23 528	25 785	28 016
B.28	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	8 939	9 573	10 170
B.57	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	3 114	4 932	6 204
B.133	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą	1 468	2 482	3 334
B.67	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	1 760	1 962	2 159
B.30	Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	1 660	1 579	1 543
B.102.FM	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	1 071	1 130	1 176
B.90	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	397	510	725
B.154.FM	Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastaut lub z zespołem Dravet	0	128	339
B.104	Leczenie choroby Fabry'ego	142	157	176
B.157	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastenii	0	18	158
B.138.FM	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	73	132	146
B.23	Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III	98	102	107
B.22	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego	65	63	66
B.153	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego	0	30	55
B.121	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona	30	38	42
B.174	Leczenie chorych na ataksję Friedreicha	0	0	42

Nr	Nazwa programu lekowego	2023	2024	2025
B.25	Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)	26	25	27
B.24	Leczenie choroby Hurler	15	13	13
B.170	Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej	0	0	6
B.123	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona	1	2	2
B.176	Leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne	0	0	0
	Razem pacjenci w programach lekowych w neurologii	42 387	48 661	54 506
	Indeks dynamiki wzrostu rok do roku	-	115%	112%
	Razem pacjenci w programach lekowych ogółem	250 193	293 000	337 500
	Odsetek pacjentów w programach lekowych w neurologii	16,9%	16,6%	16,1%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Indeks dynamiki wzrostu rok do roku liczby leczonych pacjentów wyniósł 115% 2024 vs 2023 (48 661 vs 42 387 pacjentów) i 112% 2025 vs 2024 (54 506 vs 48 661 pacjentów).

1.4 WYDATKI OGÓŁEM NA PROGRAMY LEKOWE W NEUROLOGII W LATACH 2023-2025

Oprócz analizy otrzymanych danych z NFZ przeanalizowano także Sprawozdania NFZ, według których w 2025 r. wartość świadczeń udzielonych w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe wyniosła 15 423 443 tys. zł, a liczba pacjentów objętych leczeniem w zakresie programów lekowych wyniosła 337,5 tys. osób. Plan finansowy NFZ na 2025 r. na refundację programów lekowych przewidywał kwotę 15 288 459 tys. zł.¹⁰ W 2024 roku wartość świadczeń udzielonych w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe wyniosła 13 190 956 tys. zł, liczba pacjentów objętych leczeniem w zakresie programów lekowych wyniosła 293 tys. osób. Plan Finansowy NFZ na 2024 r. na refundację programów lekowych przewidywał kwotę 12 802 662 tys. zł.¹¹ W 2023 roku wartość świadczeń udzielonych w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe wyniosła 9 992 608 tys. zł, liczba pacjentów objętych leczeniem w zakresie programów lekowych wyniosła 250 193 osób. Plan Finansowy NFZ na 2023 r. na refundację programów lekowych przewidywał kwotę 10 128 272 tys. zł. Faktyczne wykonanie stanowiło zatem 98,7% kwoty planowanej.¹²

10. Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2025 r. <https://www.nfz.gov.pl/bip/dzialalnosc-nfz/>

11. Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2024 r. https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/zalacznik_do_uchwaly_nr_15-sig.pdf

12. Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2023 r. https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/zal_do_uchwaly_nr_17-sig.pdf

W 2025 roku na 22 programy lekowe w neurologii wydano ok. 2,2 mld zł, co stanowiło ok. 14,6% wydatków NFZ na 142 programy lekowe ogółem (ok. 15,4 mld zł). Odsetek ten ma jednak trend spadkowy, ponieważ w 2023 roku wynosił on 16,7%, a w 2024 roku – 15,2%. Jednocześnie spowolnił indeks dynamiki wzrostu wydatków na programy lekowe w neurologii rok do roku ze 121% – 2024 vs 2023 rok do 112% – 2025 vs 2024 rok. Dla porównania, indeks dynamiki wzrostu rok do roku programów lekowych ogółem wyniósł 132% – 2024 vs 2023 i 117% – 2025 vs 2024.

Tabela 5. Wydatki ogółem na 22 programy lekowe w neurologii w latach 2023-2025, dane NFZ.

Nr	Nazwa programu lekowego	2023	2024	2025
B.29	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	718 792 251 zł	830 576 112 zł	878 419 505 zł
B.102.FM	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	467 558 114 zł	587 630 128 zł	608 877 391 zł
B.67	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	186 935 986 zł	219 811 432 zł	263 464 223 zł
B.23	Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III	65 651 374 zł	66 264 972 zł	73 276 716 zł
B.90	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	32 091 988 zł	43 471 908 zł	70 080 521 zł
B.22	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego	46 870 389 zł	51 960 183 zł	55 444 634 zł
B.104.	Leczenie choroby Fabry'ego	39 198 883 zł	43 858 820 zł	47 659 507 zł
B.157.	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastenii	0 zł	1 845 433 zł	42 592 660 zł
B.138.FM	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	11 738 394 zł	32 983 223 zł	35 610 899 zł
B.25	Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)	29 638 536 zł	32 175 561 zł	32 903 391 zł
B.57	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	14 971 728 zł	24 026 658 zł	28 570 708 zł
B.28	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	21 171 580 zł	24 792 359 zł	26 175 684 zł
B.133	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą	6 369 676 zł	18 287 727 zł	24 773 132 zł
B.154.FM	Leczenie pacjentów z zespołem Lennoxa-Gastauta lub z zespołem Dravet	0 zł	4 662 914 zł	20 471 822 zł
B.24	Leczenie choroby Hurler	14 263 330 zł	15 190 441 zł	15 360 905 zł

Nr	Nazwa programu lekowego	2023	2024	2025
B.174	Leczenie chorych na ataksję Friedreicha	0 zł	0 zł	7 275 928 zł
B.121	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona	4 422 728 zł	6 490 249 zł	6 844 098 zł
B.153	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego	0 zł	1 110 768 zł	5 223 106 zł
B.30	Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	4 929 482 zł	5 057 073 zł	4 506 944 zł
B.170	Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej	0 zł	0 zł	1 524 670 zł
B.123	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona	208 409 zł	275 349 zł	465 298 zł
B.176	Leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne	0 zł	0 zł	0 zł
	Razem wydatki na programy lekowe w neurologii (w zł)	1 664 812 849	2 010 471 312	2 249 521 742
	Indeks dynamiki wzrostu rok do roku wydatków na programy lekowe w neurologii	-	121%	112%
	Razem wydatki na programy lekowe ogółem (w zł)	9 992 608 000	13 190 956 000	15 423 443 000
	Indeks dynamiki wzrostu rok do roku wydatków na programy lekowe ogółem	-	132%	117%
	Odsetek wydatków na programy lekowe w neurologii na tle wydatków na programy lekowe ogółem	16,7%	15,2%	14,6%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W 2025 roku w 22 programach lekowych odnotowano różnicę „*in minus*” pomiędzy świadczeniami zrealizowanymi i sprawozdanymi przez ośrodki, a rozliczonymi przez NFZ w wysokości ok. 30 mln zł w świadczeniach i ok. 13 mln zł w lekach.

Tabela 6. Wartość zrealizowanych kontraktów w 2025 na świadczenia i leki przez ośrodki vs wartość rozliczona na świadczenia i leki przez NFZ, dane NFZ.

Nr	Nazwa programu lekowego	Wartość zrealizowanych kontraktów w 2025 na świadczenia przez ośrodki	Wartość zrealizowanych kontraktów w 2025 na świadczenia przez ośrodki	Wartość rozliczona przez NFZ na świadczenia w 2025	Wartość zrealizowanych kontraktów w 2025 na leki przez ośrodki
B.22	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego	1 653 547 zł	1 504 375 zł	54 558 447 zł	53 940 259 zł
B.23	Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III	2 021 950 zł	1 795 679 zł	72 195 776 zł	71 481 037 zł
B.24	Leczenie choroby Hurler	549 244 zł	536 589 zł	14 892 180 zł	14 824 316 zł
B.25	Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)	1 116 752 zł	1 038 024 zł	32 720 333 zł	31 865 367 zł
B.28	Leczenie dystonii ogniskowych i półowiczego kurczu twarzy	11 592 762 zł	10 066 701 zł	16 153 592 zł	16 108 982 zł
B.29	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	137 984 429 zł	120 501 690 zł	762 801 624 zł	757 917 815 zł
B.30	Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	2 198 380 zł	2 185 512 zł	2 331 217 zł	2 321 432 zł
B.57	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	9 965 160 zł	8 082 766 zł	20 636 751 zł	20 487 942 zł
B.67	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	22 193 197 zł	17 166 860 zł	248 600 936 zł	246 297 363 zł
B.90	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	2 369 924 zł	1 807 457 zł	68 895 727 zł	68 273 064 zł

Nr	Nazwa programu lekowego	Wartość zrealizowanych kontraktów w 2025 na świadczenia przez ośrodki	Wartość zrealizowanych kontraktów w 2025 na świadczenia przez ośrodki	Wartość rozliczona przez NFZ na świadczenia w 2025	Wartość zrealizowanych kontraktów w 2025 na leki przez ośrodki
B.102.FM	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	4 687 848 zł	4 304 175 zł	604 718 198 zł	604 573 217 zł
B.104	Leczenie choroby Fabry'ego	3 486 515 zł	2 462 509 zł	45 455 525 zł	45 196 998 zł
B.121	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona	89 970 zł	80 880 zł	6 996 510 zł	6 763 218 zł
B.123	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona	5 309 zł	5 309 zł	459 989 zł	459 989 zł
B.133	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą	4 897 762 zł	4 009 823 zł	21 026 159 zł	20 763 309 zł
B.138.FM	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	621 342 zł	508 919 zł	35 548 191 zł	35 101 980 zł
B.153	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego	65 532 zł	57 517 zł	5 264 814 zł	5 165 589 zł
B.154.FM	Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet	549 714 zł	522 453 zł	20 171 464 zł	19 949 369 zł
B.157	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastenii	1 070 704 zł	640 320 zł	42 712 407 zł	41 952 341 zł
B.170	Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej	8 666 zł	4 670 zł	1 520 000 zł	1 520 000 zł

Nr	Nazwa programu lekowego	Wartość zrealizowanych kontraktów w 2025 na świadczenia przez ośrodki	Wartość zrealizowanych kontraktów w 2025 na świadczenia przez ośrodki	Wartość rozliczona przez NFZ na świadczenia w 2025	Wartość zrealizowanych kontraktów w 2025 na leki przez ośrodki
B.174	Leczenie chorych na ataksję Friedreicha	46 254 zł	15 546 zł	7 260 382 zł	7 260 382 zł
B.176	Leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne	0 zł	0 zł	0 zł	0 zł
	Razem świadczenia zrealizowane i sprawozdane przez ośrodki	207 174 965 zł		2 084 920 224 zł	
	Razem świadczenia rozliczone przez NFZ		177 297 773 zł		2 072 223 969 zł
	Różnica "in minus"	29 877 192 zł		12 696 254 zł	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

1.5 KONTRAKTY NA PROGRAMY LEKOWE W NEUROLOGII W 2026 ROKU

W dniu 20.08.2026 r. Polskie Towarzystwo Neurologiczne skierowało do NFZ pismo o udostępnienie danych kontraktacyjnych na rok 2026 dotyczących programów lekowych realizowanych w obszarze neurologii. W odpowiedzi otrzymano z NFZ dane według stanu aktualnego na dzień przygotowywania zestawienia tj. 25.08.2026 r.¹³

Tabela 7. Kontrakty NFZ na programy lekowe w neurologii w 2026 (stan na 25.08.2026 r.).

Nr	Nazwa programu lekowego	Leki	Świadczenia	Ogółem
B.22	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego	49 261 181,45 zł	1 540 027,30 zł	50 801 208,75 zł
B.23	Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III	65 262 569,29 zł	1 800 810,45 zł	67 063 379,74 zł
B.24	Leczenie choroby Hurler	14 055 379,04 zł	523 120,87 zł	14 578 499,91 zł
B.25	Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)	27 979 235,51 zł	1 116 990,85 zł	29 096 226,36 zł
B.28	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	14 990 742,52 zł	10 060 592,82 zł	25 051 335,34 zł
B.29	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	691 321 580,98 zł	120 054 809,12 zł	811 376 390,11 zł

13. Pismo NFZ-DGL.0143.112.2026 2026.450412.KATU wraz z załącznikiem. Departament Gospodarki Lekami Narodowego Funduszu Zdrowia

Nr	Nazwa programu lekowego	Leki	Świadczenia	Ogółem
B.30	Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	2 314 642,43 zł	2 157 747,06 zł	4 472 389,49 zł
B.57	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	19 696 147,04 zł	8 880 399,95 zł	28 576 546,98 zł
B.67	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	221 025 399,98 zł	18 345 577,58 zł	239 370 977,57 zł
B.90	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	63 035 572,71 zł	2 013 991,16 zł	65 049 563,88 zł
B.102.FM	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	616 500 046,50 zł	3 842 207,40 zł	620 342 253,90 zł
B.104	Leczenie choroby Fabry'ego	41 614 666,62 zł	2 687 594,41 zł	44 302 261,03 zł
B.121	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona	5 342 039,89 zł	74 132,61 zł	5 416 172,50 zł
B.123	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona	423 736,21 zł	5 013,95 zł	428 750,16 zł
B.133	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą	18 195 102,46 zł	4 413 628,67 zł	22 608 731,13 zł
B.138.FM	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	36 565 288,54 zł	628 487,43 zł	37 193 775,97 zł
B.153	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego	5 215 217,97 zł	101 482,05 zł	5 316 700,02 zł
B.154.FM	Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet	20 095 998,94 zł	487 221,21 zł	20 583 220,15 zł
B.157	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastenii	44 981 741,21 zł	1 190 574,30 zł	46 172 315,51 zł
B.170	Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtetynowej	11 655 030,00 zł	59 120,00 zł	11 714 150,00 zł
B.174	Leczenie chorych na ataksję Friedreicha	54 864 068,96 zł	272 385,32 zł	55 136 454,27 zł
B.176	Leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne	22 135 423,36 zł	592 047,84 zł	22 727 471,20 zł

Porównując wartości rozliczonych kontaktów w ramach programów lekowych w neurologii w 2025 roku można zaobserwować spadek kontraktów w 2026 roku – oczywiście wg stanu na sierpień 2026 roku. Wynika jednak z tego, że Narodowy Fundusz Zdrowia znacznie pogorszył warunki realizowania programów lekowych dla szpitali. **Przed wszystkim wartość umów nie odpowiada potrzebom pacjentów, wielokrotnie wartość umów jest zaniżona, co skutkuje koniecznością realizacji nadwykonań.** A trzeba pamiętać, że po wprowadzonych w tym roku zmianach, nadwykonania w zakresie kosztu leku NFZ rozlicza kwartalnie, ale już koszty związane z podaniem leku rozliczane są już raz do roku i pod warunkiem, że budżet danego oddziału NFZ na to pozwala.

Tabela 8. Porównanie wartości rozliczonych kontaktów w ramach programów lekowych w neurologii w 2025 roku i zawartych kontraktów w 2026 roku (stan na 25.08.2026 r.).

Nr	Nazwa programu lekowego	2025 (w zł)	2026 (w zł stan na sierpień 2026)	2026 vs 2025 (w zł)
B.22	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego	55 444 634,11	50 801 208,75	-4 643 425,36
B.23	Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III	73 276 716,37	67 063 379,74	-6 213 336,63
B.24	Leczenie choroby Hurler	15 360 905,03	14 578 499,91	-782 405,12
B.25	Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)	32 903 390,73	29 096 226,36	-3 807 164,37
B.28	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	26 175 683,63	25 051 335,34	-1 124 348,29
B.29	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	878 419 505,14	811 376 390,11	-67 043 115,03
B.30	Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	4 506 944,31	4 472 389,49	-34 554,82
B.57	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	28 570 707,60	28 576 546,98	5 839,38
B.67	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	263 464 222,71	239 370 977,57	-24 093 245,15
B.90	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	70 080 520,63	65 049 563,88	-5 030 956,76
B.102.FM	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	608 877 391,35	620 342 253,90	11 464 862,55
B.104	Leczenie choroby Fabry'ego	47 659 507,07	44 302 261,03	-3 357 246,04
B.121	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona	6 844 098,08	5 416 172,50	-1 427 925,58

Nr	Nazwa programu lekowego	2025 (w zł)	2026 (w zł, stan na sierpień 2026)	2026 vs 2025 (w zł)
B.123	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona	465 298,28	428 750,16	-36 548,12
B.133	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą	24 773 132,38	22 608 731,13	-2 164 401,25
B.138.FM	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	35 610 898,93	37 193 775,97	1 582 877,04
B.153	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego	5 223 106,49	5 316 700,02	93 593,53
B.154.FM	Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet	20 471 821,64	20 583 220,15	111 398,51
B.157.	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastenii	42 592 660,36	46 172 315,51	3 579 655,15
B.170	Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej	1 524 669,90	11 714 150,00	10 189 480,09
B.174.	Leczenie chorych na ataksję Friedreicha	7 275 927,67	55 136 454,27	47 860 526,60
B.176	Leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne	-	22 727 471,20	22 727 471,20
	Różnica 2026 vs 2025	2 249 521 742,44	2 227 378 773,95	- 22 142 968,49

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

1.6 EPIDEMIOLOGIA CHOROÓB UKŁADU NERWOWEGO

W 2025 roku najwięcej ośrodków klinicznych realizowało program lekowy B.29. Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane – 129 ośrodków, następnie B.57. Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A – 111 ośrodków i B.67. Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych – 103 ośrodki. **Według Map Potrzeb Zdrowotnych, w 2025 roku 142 programy lekowe ogółem realizowało 571 ośrodków klinicznych w Polsce.**¹⁴

14. Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Ministerstwo Zdrowia <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/>

Tabela 9. Liczba ośrodków realizujących programy lekowe w neurologii w latach 2023-2025.

Nr	Nazwa programu lekowego	2023	2024	2025
B.29	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	129	129	129
B.57	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	92	103	111
B.67	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	99	106	103
B.28	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	77	78	76
B.133	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą	54	58	59
B.138.FM	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	29	37	37
B.102.FM	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	32	32	32
B.104	Leczenie choroby Fabry'ego	27	26	30
B.154.FM	Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet	0	18	29
B.157	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastenii	0	7	29
B.23	Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III	28	27	28
B.22	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego	24	24	22
B.30	Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	21	21	21
B.90	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	19	21	21
B.25	Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)	18	16	16
B.153	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego	0	11	15
B.121	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona	7	10	12
B.24	Leczenie choroby Hurler	11	12	11
B.174	Leczenie chorych na ataksję Friedreicha	0	0	10

Nr	Nazwa programu lekowego	2023	2024	2025
B.170	Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej	0	0	3
B.123	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona	1	2	2
B.176	Leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne	0	0	0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Załącznik 1 przedstawia ranking ośrodków klinicznych realizujących poszczególne programy lekowe w neurologii wg. liczby leczonych pacjentów w 2025 roku.

1.7 ROCZNY KOSZT LECZENIA JEDNEGO PACJENTA W NEUROLOGICZNYCH PROGRAMACH LEKOWYCH W 2025 ROKU

Według Map Potrzeb Zdrowotnych średni roczny koszt statystycznego pacjenta w 142 programach lekowych w 2025 wynosił 46 tys. zł. Spośród programów lekowych w neurologii, najwyższy roczny koszt pacjenta odnotowano w programie lekowym B.25. Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera) – 1 253 225 zł, następnie w B.24. Leczenie choroby Hurler – 1 187 802 zł, B.22. Leczenie choroby Pompego – 851 697 zł, B.23. Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I/typu III – 693 624 zł oraz w programie lekowym B.102. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni – 518 202 zł. Najniższy roczny koszt pacjenta odnotowano w programach B.28. Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy – 2 728 zł, B.30. Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A – 2 936 zł, B.57. Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A – 4 933 zł i B.133. Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą – 7 776 zł.

Tabela 10. Średni roczny koszt pacjenta leczonego w programach lekowych w neurologii w 2025 roku, dane z Map Potrzeb Zdrowotnych.

Nr	Nazwa programu lekowego	Roczny koszt pacjenta (bez RSS)
B.25	Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)	1 253 225 zł
B.24	Leczenie choroby Hurler	1 187 802 zł
B.22	Leczenie choroby Pompego	851 697 zł
B.23	Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III	693 624 zł
B.102	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	518 202 zł
B.104	Leczenie choroby Fabry'ego	278 080 zł
B.157	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii	277 108 zł
B.170	Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej	254 778 zł

Nr	Nazwa programu lekowego	Roczny koszt pacjenta (bez RSS)
B.138FM	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	247 737 zł
B.123	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona	232 649 zł
B.174	Leczenie chorych na ataksję Friedreicha	173 968 zł
B.121	Leczenie amifamprydyną pacjentów z Zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona	168 726 zł
B.67	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	125 426 zł
B.153	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego	96 915 zł
B.90	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	96 662 zł
B.154FM	Leczenie pacjentów z zespołem Lennoxa-Gastauta lub z zespołem Dravet	61 124 zł
B.29	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	32 153 zł
B.133	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą	7 776 zł
B.57	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	4 933 zł
B.30	Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	2 936 zł
B.28	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	2 728 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Należy zaznaczyć, że rzeczywisty koszt farmakoterapii dla płatnika publicznego jest niższy, bo zawiera instrumenty dzielenia ryzyka. Wpływy budżetowe z tytułu zawieranych instrumentów dzielenia ryzyka w ramach decyzji refundacyjnych Ministra Zdrowia, czyli wpłaty ze strony producentów leków do NFZ, wyniosły w 2024 roku ok. 1,7 mld zł, a w 2025 roku ok. 2,4 mld zł, a w 2026 roku estymowane wpływy do NFZ z tytułu instrumentów dzielenia ryzyka mają wynieść ok. 3 mld zł.¹⁵

1.8 ODSETEK WYDATKÓW NA ŚWIADCZENIA W NEUROLOGICZNYCH PROGRAMACH LEKOWYCH W 2025 ROKU

Według danych NFZ w 2025 roku średni odsetek wydatków NFZ na świadczenia w 142 programach lekowych wyniósł ok. 10%. Średni odsetek wydatków NFZ na świadczenia w programach lekowych w neurologii wynosił w 2025 roku ok. 9%.

15. Dzięki negocjacjom z firmami farmaceutycznymi 400 mln zł trafi na nowe terapie. Ministerstwo Zdrowia. 15.09.2026. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/dzieki-negocjacjom-z-firmami-farmaceutycznymi-400-mln-zl-trafi-na-nowe-terapie>

Tabela 11. Odsetek wydatków NFZ na świadczenia w programach lekowych w neurologii w 2025 roku.

Nr	Nazwa programu lekowego	Ogółem	Leki	Świadczenia	Świadczenia - odsetek
B.29	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	878 419 505 zł	757 917 815 zł	120 501 690 zł	13,7%
B.102.FM	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	608 877 391 zł	604 573 217 zł	4 304 175 zł	0,7%
B.67	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	263 464 223 zł	246 297 363 zł	17 166 860 zł	6,5%
B.23	Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III	73 276 716 zł	71 481 037 zł	1 795 679 zł	2,5%
B.90	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	70 080 521 zł	68 273 064 zł	1 807 457 zł	2,6%
B.22	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego	55 444 634 zł	53 940 259 zł	1 504 375 zł	2,7%
B.104	Leczenie choroby Fabry'ego	47 659 507 zł	45 196 998 zł	2 462 509 zł	5,2%
B.157	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastenii	42 592 660 zł	41 952 341 zł	640 320 zł	1,5%
B.138.FM	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	35 610 899 zł	35 101 980 zł	508 919 zł	1,4%
B.25	Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)	32 903 391 zł	31 865 367 zł	1 038 024 zł	3,2%
B.57	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	28 570 708 zł	20 487 942 zł	8 082 766 zł	28,3%
B.28	Leczenie dystonii ogniskowych i półowiczego kurczu twarzy	26 175 684 zł	16 108 982 zł	10 066 701 zł	38,5%
B.133	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą	24 773 132 zł	20 763 309 zł	4 009 823 zł	16,2%

Nr	Nazwa programu lekowego	Ogółem	Leki	Świadczenia	Świadczenia - odsetek
B.154.FM	Leczenie pacjentów z zespołem Lennoxa-Gastauta lub z zespołem Dravet	20 471 822 zł	19 949 369 zł	522 453 zł	2,6%
B.24	Leczenie choroby Hurler	15 360 905 zł	14 824 316 zł	536 589 zł	3,5%
B.174	Leczenie chorych na ataksję Friedreicha	7 275 928 zł	7 260 382 zł	15 546 zł	0,2%
B.121	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona	6 844 098 zł	6 763 218 zł	80 880 zł	1,2%
B.153	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego	5 223 106 zł	5 165 589 zł	57 517 zł	1,1%
B.30	Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	4 506 944 zł	2 321 432 zł	2 185 512 zł	48,5%
B.170	Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej	1 524 670 zł	1 520 000 zł	4 670 zł	0,3%
B.123	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona	465 298 zł	459 989 zł	5 309 zł	1,1%
Średnia nieważona					8,64%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

1.9 ODSETEK ROZLICZONYCH ŚWIADCZEŃ W NEUROLOGICZNYCH PROGRAMACH LEKOWYCH W 2025 ROKU WG ICH RODZAJÓW

Przeanalizowano wg Map Potrzeb Zdrowotnych odsetek świadczeń rozliczonych w poszczególnych neurologicznych programach lekowych w 2025 roku. Był to udział wizyt ambulatoryjnych [%], udział hospitalizacji jednego dnia [%] i udział hospitalizacji [%]. Najwyższy odsetek rozliczonych świadczeń w zakresie wizyt ambulatoryjnych odnotowano w programach lekowych B.57 Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A i B.133. Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą – po 99%. Najwyższy odsetek rozliczonych świadczeń w zakresie

hospitalizacji jednego dnia odnotowano w programie B.22. Leczenie choroby Pompego – 98% i B.23. Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III – 92%. Najwyższy odsetek rozliczonych świadczeń w zakresie hospitalizacji odnotowano w programie B.67. Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych – 69% i B.170. Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej – 50%.

Tabela 12. Odsetek rozliczonych świadczeń w neurologicznych programach lekowych w 2025 roku wg ich rodzajów.

Nr	Nazwa programu lekowego	Udział wizyt ambulatoryjnych [%]	Udział hospitalizacji jednego dnia [%]	Udział hospitalizacji [%]
B.22	Leczenie choroby Pompego	0	98	2
B.23	Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III	7	92	1
B.24	Leczenie choroby Hurler	14	85	1
B.25	Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)	14	85	1
B.28	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	94	5	2
B.29	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	86	13	1
B.30	Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	18	80	2
B.57	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	99	1	0
B.67	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	9	22	69
B.90	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	81	8	11
B.102	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	37	46	17
B.104	Leczenie choroby Fabry'ego	5	88	7
B.121	Leczenie amifamprydyną pacjentów z Zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona	49	51	0
B.123	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona	100	0	0

Nr	Nazwa programu lekowego	Udział wizyt ambulatoryjnych [%]	Udział hospitalizacji jednego dnia [%]	Udział hospitalizacji [%]
B.133	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą	99	1	0
B.138.FM	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	79	19	2
B.153	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego	94	6	0
B.154.FM	Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet	74	26	0
B.157	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastenii	36	40	24
B.170	Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej	0	50	50
B.174	Leczenie chorych na ataksję Friedreicha	76	24	0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

1.10 SZCZEGÓŁOWA ANALIZA POSZCZEGÓLNYCH PROGRAMÓW LEKOWYCH W NEUROLOGII

B.22 Leczenie pacjentów z chorobą Pompego

Program lekowy B.22 Leczenie pacjentów z chorobą Pompego został wprowadzony w 2013 roku.

W programie B.22 Leczenie pacjentów z chorobą Pompego wartość kontraktów wzrastała w analizowanym okresie z 46,9 mln zł w 2023 roku do 55,4 mln zł w 2025 roku. Dynamika wzrostu wyniosła 10,9% w 2024 r. i 6,7% w 2025 roku. Za zdecydowaną większość wartości kontraktu odpowiadały leki, których wartość wzrosła z 45,6 mln zł do 53,9 mln zł.⁷ Wartość świadczeń była znacznie niższa i po wzroście o 17,0% w 2024 roku nieznacznie spadła w 2025 roku o 0,6%. Liczba pacjentów pozostawała porównywalna – wyniosła 65 osób w 2023 roku, 63 w 2024 roku i 66 w 2025 roku. Wzrost wartości kontraktów był więc wyraźnie szybszy niż zmiana liczby leczonych pacjentów.

7. Ministerstwo Zdrowia. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2026 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 października 2026 r. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-16-wrzesnia-2026-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-pazdziernika-2026-r>

Tabela 13. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.22 w latach 2023–2025.

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	46 870 389	51 960 183	55 444 634	10,9%	6,7%
Wartość leków	45 577 039	50 446 456	53 940 259	10,7%	6,9%
Wartość świadczeń	1 293 350	1 513 726	1 504 375	17,0%	-0,6%
Liczba pacjentów	65	63	66	-3,1%	4,8%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 14. Refundacja leków w programie lekowym B.22 w 2025 roku, dane NFZ.¹⁶

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
AVALGLUCOSIDASUM ALFA - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	66	66	49 361 825,94
ALGLUCOSIDASUM ALFA - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	18	18	1 510 575,22

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

B.23 Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III

Program lekowy B.23 Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III został wprowadzony w 2020 roku poprzez połączenie wcześniejszych programów lekowych.

W programie B.23 Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III wartość kontraktów wzrosła z 65,7 mln zł w 2023 roku do 73,3 mln zł w 2025 roku. W 2024 roku wartość finansowania pozostawała na zbliżonym poziomie, rosnąc o 0,9%, natomiast w 2025 roku dynamika wzrostu przyspieszyła do 10,6%. Za zdecydowaną większość wartości kontraktu odpowiadały leki, których

16. Programy lekowe 2025. NFZ <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/liczba-pacjentow-koszty-wszystkie-programy-lekowe>

wartość wzrosła z 64,0 mln zł w 2023 roku do 71,5 mln zł w 2025 roku. Wartość świadczeń zwiększyła się w tym okresie z 1,7 mln zł do 1,8 mln zł, przy czym po spadku o 9,3% w 2024 roku odnotowano wzrost o 18,4% w 2025 roku. Liczba pacjentów zwiększała się stopniowo z 98 osób w 2023 roku do 102 w 2024 roku i 107 w 2025 roku. Dynamika wzrostu wyniosła odpowiednio 4,1% i 4,9%. W 2025 roku wzrost wartości kontraktu był zatem wyraźnie szybszy niż wzrost liczby pacjentów.

Tabela 15. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.23 w latach 2023-2025.

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	65 651 374	66 264 972	73 276 716	0,9%	10,6%
Wartość leków	63 979 606	64 437 956	71 481 037	0,7%	10,9%
Wartość świadczeń	1 671 768	1 827 017	1 795 679	9,3%	-1,7%
Liczba pacjentów	98	102	107	4,1%	4,9%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 16. Refundacja leków w programie lekowym B.23 w 2025 roku, dane NFZ.¹⁶

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
IMIGLUCERASUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 J.M.	67	67	42 091 948,56
ELIGLUSTATUM - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	31	31	14 374 600,80
VELAGLUCERASUM ALFA - PI - POZAJELITOWO DOŻYLNIE (PARENTERA-INTRAVESICULAR) - 1 J.	18	18	10 197 290,88

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

16. Narodowy Fundusz Zdrowia. Programy lekowe 2025: zestawienie liczby pacjentów i kosztów – wszystkie programy lekowe. Dostępne: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/liczba-pacjentow-koszty-wszystkie-programy-lekowe>

B.24 Leczenie choroby Hurler

Program lekowy B.24 Leczenie choroby Hurler został wprowadzony w 2007 roku.

W programie B.24 Leczenie choroby Hurler wartość kontraktów zwiększyła się z 14,3 mln zł w 2023 roku do 15,4 mln zł w 2025 roku. Najwyższą dynamikę odnotowano w 2024 roku, kiedy wzrost wyniósł 6,5%, natomiast w 2025 r. tempo wzrostu wyraźnie spadło do 1,1%. Dominującą część wartości kontraktu stanowiły leki, których wartość wzrosła z 13,8 mln zł w 2023 roku do 14,8 mln zł w 2025 r. Wartość świadczeń zwiększyła się z 455,0 tys. zł do 536,6 tys. zł. W 2024 roku odnotowano wzrost o 14,8%, a w 2025 roku o kolejne 2,8%. Liczba pacjentów spadła z 15 osób w 2023 r. do 13 w 2024 r. i utrzymała się na tym poziomie w 2025 r.. Oznacza to, że wzrost wartości kontraktów w analizowanym okresie następował równolegle ze zmniejszeniem liczby pacjentów objętych programem.

Tabela 17. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.24 w latach 2023-2025.

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	14 263 330	15 190 441	15 360 905	6,5%	1,1%
Wartość leków	13 808 328	14 667 973	14 824 316	6,2%	1,1%
Wartość świadczeń	455 002	522 468	536 589	14,8%	2,7%
Liczba pacjentów	15	13	13	-13,3%	0,0%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 18. Refundacja leków w programie lekowym B.24 w 2025 roku, dane NFZ.

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
LARONIDASUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 J.M.	13	13	14 588 787,95

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

B.25. Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)

Program lekowy B.25. Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera) został wprowadzony w 2009 roku.

W programie B.25 Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera) wartość kontraktów systematycznie rosła w latach 2023-2025 z 29,6 mln zł w 2023 roku do 32,2 mln zł w 2024 roku oraz 32,9 mln zł w 2025 roku. Oznacza to wzrost o 8,6% w 2024 roku oraz dalszy, wyraźnie niższy wzrost o 2,3% w 2025 roku. Wartość leków stanowiących główną część kontraktu, zwiększyła się z 28,8 mln zł w 2023 roku do 31,2 mln zł w 2024 roku oraz 31,9 mln zł w 2025 roku. Dynamika wzrostu wyniosła 8,4% w 2024 roku oraz 2,2% w 2025 roku. Wartość świadczeń wzrosła z 873,7 tys. zł w 2023 roku do 1,0 mln zł w 2024 roku oraz 1,04 mln zł w 2025 roku. Dynamika w tym obszarze była wyższa niż w przypadku leków i wyniosła 14,8% w 2024 roku oraz 3,5% w 2025 roku, choć również uległa obniżeniu w ostatnim roku analizy. Liczba pacjentów objętych programem pozostawała względnie stabilna i wyniosła 26 osób w 2023 roku, 25 w 2024 roku oraz 27 w 2025 roku.

Tabela 19. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.25 w latach 2023-2025.

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	29 638 536	32 175 561	32 903 391	8,6%	2,3%
Wartość leków	28 764 841	31 172 790	31 865 367	8,4%	2,2%
Wartość świadczeń	873 695	1 002 771	1 038 024	14,8%	3,5%
Liczba pacjentów	26	25	27	-3,8%	8,0%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 20. Refundacja leków w programie lekowym B.25 w 2025 roku, dane NFZ.¹⁶

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
IDURSULFASUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	27	27	31 343 206,18

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

16. Narodowy Fundusz Zdrowia. Programy lekowe 2025: zestawienie liczby pacjentów i kosztów – wszystkie programy lekowe. Dostępne: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/liczba-pacjentow-koszty-wszystkie-programy-lekowe>

B.28. Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy

Program lekowy B.28. Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy został wprowadzony w 2014 roku.

W programie B.28 Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy wartość kontraktów zwiększyła się z 21,2 mln zł w 2023 roku do 26,2 mln zł w 2025 roku. Najwyższą dynamikę odnotowano w 2024 roku, kiedy wzrost wyniósł 17,1%, natomiast w 2025 roku tempo wzrostu spadło do 5,6%. Wartość leków wzrosła z 13,4 mln zł w 2023 roku do 16,1 mln zł w 2025 roku. Jednocześnie istotną część finansowania stanowiły świadczenia, których wartość zwiększyła się z 7,8 mln zł do 10,1 mln zł. W 2024 roku wartość świadczeń wzrosła o 26,8%, natomiast w 2025 roku o kolejne 1,5%. Liczba pacjentów systematycznie rosła z 8 939 osób w 2023 roku do 9 573 w 2024 roku i 10 170 w 2025 roku.

Tabela 21. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.28 w latach 2023-2025

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	21 171 580	24 792 359	26 175 684	17,1%	5,6%
Wartość leków	13 353 095	14 878 254	16 108 982	11,4%	8,3%
Wartość świadczeń	7 818 485	9 914 105	10 066 701	26,8%	1,5%
Liczba pacjentów	8 939	9 573	10 170	7,1%	6,2%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 22. Refundacja leków w programie lekowym B.28 w 2025 roku, dane NFZ.¹⁶

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
TOXINUM BOTULINICUM TYPUM A AD INIECTABILE A 100 - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 J.M.	7268	7197	8 700 424,29

16. Narodowy Fundusz Zdrowia. Programy lekowe 2025: zestawienie liczby pacjentów i kosztów – wszystkie programy lekowe. Dostępne: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/liczba-pacjentow-koszty-wszystkie-programy-lekowe>

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
TOXINUM BOTULINICUM TYPUM A AD INIECTABILE A 500 - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 J.M.	1927	1903	3 737 728,20
TOXINUM BOTULINICUM TYPUM A AD INIECTABILE A 100 (2) - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 J.M.	1720	1687	1 652 842,65
TOXINUM BOTULINICUM TYPUM A AD INIECTABILE A 300 - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 J.M.	1162	1128	1 348 173,43

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

B.29. Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane

Program lekowy B.29. Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane powstał w 2022 roku z połączenia dwóch programów lekowych: B.29, który działał od 2008 roku i B.46, który działał od 2014 roku.

W programie B.29 Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane wartość kontraktów konsekwentnie rosła w całym analizowanym okresie z 718,8 mln zł w 2023 roku do 830,6 mln zł w 2024 roku i 878,4 mln zł w 2025 roku. Tempo wzrostu wyniosło 15,6% w 2024 roku, natomiast w 2025 roku obniżyło się do 5,8%, co wskazuje na wyraźne spowolnienie dynamiki finansowania. Największy udział w wartości kontraktu miały leki, których wartość zwiększyła się z 621,2 mln zł w 2023 roku do 708,7 mln zł w 2024 roku i 757,9 mln zł w 2025 roku. Wzrost ten wyniósł odpowiednio 14,1% oraz 7,0%. Wartość świadczeń podniosła się z 97,6 mln zł w 2023 roku do 121,9 mln zł w 2024 roku, po czym nieznacznie zmniejszyła się do 120,5 mln zł w 2025 roku. Oznacza to wzrost o 24,9% w 2024 roku oraz spadek o 1,2% w 2025 roku. Liczba pacjentów zwiększała się w każdym roku z 23 528 osób w 2023 roku do 25 785 w 2024 roku i 28 016 w 2025 roku. Dynamika wzrostu wyniosła 9,6% w 2024 roku oraz 8,7% w 2025 roku. Należy zauważyć, że w 2025 roku dalszemu wzrostowi liczby pacjentów towarzyszyło wyraźne wyhamowanie dynamiki finansowania programu.

Tabela 23. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.29 w latach 2023-2025.

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	718 792 251	830 576 112	878 419 505	15,6%	5,8%
Wartość leków	621 209 163	708 670 550	757 917 815	14,1%	6,9%
Wartość świadczeń	97 583 089	121 905 562	120 501 690	24,9%	-1,2%
Liczba pacjentów	23 528	25 785	28 016	9,6%	8,7%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 24. Refundacja leków w programie lekowym B.29 w 2025 roku, dane NFZ.¹⁶

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
DIMETHYLIS FUMARAS - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	7455	7437	152 980 259,29
OFATUMUMABUM - SC - PODSKÓRNIE - 1 MG	7157	7120	165 381 221,19
OCRELIZUMABUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	3909	3839	186 139 093,20
OZANIMODUM - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	1774	1767	33 898 538,27
TERIFLUNOMIDUM - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	1722	1720	8 004 487,29
INTERFERONUM BETA-1B - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 0.001 MG	1264	1261	25 074 827,52
GLATIRAMERI ACETAS - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	1297	1294	7 084 628,91
SIPONIMODUM - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	1003	1002	34 102 252,55

16. Narodowy Fundusz Zdrowia. Programy lekowe 2025: zestawienie liczby pacjentów i kosztów – wszystkie programy lekowe. Dostępne: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/liczba-pacjentow-koszty-wszystkie-programy-lekowe>

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
INTERFERONUM BETA 1A A 30 MCG - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 0.001 MG	762	761	15 587 697,67
NATALIZUMABUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	605	601	23 495 078,34
FINGOLIMODUM - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	533	533	7 960 214,32
INTERFERONUM BETA 1A A 44 MCG - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 0.001 MG	394	393	8 991 155,74
OCRELIZUMABUM - SC - PODSKÓRNIE - 1 MG	442	348	4 753 236,76
PONESIMODUM - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	372	371	9 443 771,04
PEGINTERFERONUM BETA-1A - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MCG	319	319	6 458 002,52
CLADRIBINUM - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	343	330	24 232 638,54
NATALIZUMABUM - SC - PODSKÓRNIE - 1 MG	307	306	12 243 604,89
UBLITUXIMABUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	150	143	1 856 857,59
ALEMTUZUMABUM - PI - POZAJELITOWO DOŻYLNIE (PARENTERA-INTRAVESICULAR) - 1 MG	<5	<5	166 650,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

B.30 Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A

Program lekowy B.30 Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A został wprowadzony w 2025 roku poprzez poszerzenie wskazań dla wcześniejszego programu lekowego Leczenie spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym (ICD-10 G80).

W programie B.30 Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A wartość kontraktów pozostawała względnie stabilna w latach 2023–2024, a następnie spadła w 2025 roku. Wartość kontraktów wyniosła 4,9 mln zł w 2023 roku, 5,1 mln zł

w 2024 roku i 4,5 mln zł w 2025 roku. Po niewielkim wzroście w 2024 roku (o 2,6%) w kolejnym roku odnotowano spadek o 10,9%. Wartość leków malała w całym analizowanym okresie – z 2,6 mln zł w 2023 roku do 2,5 mln zł w 2024 roku (o 3,4%) i 2,3 mln zł w 2025 roku (o 7,8%). Wartość świadczeń wzrosła natomiast z 2,3 mln zł w 2023 roku do 2,5 mln zł w 2024 roku (o 9,3%), a następnie obniżyła się do 2,2 mln zł w 2025 roku (o 14,1%). Liczba pacjentów również systematycznie spadała z 1 660 osób w 2023 roku do 1 579 w 2024 roku i 1 543 w 2025 roku. Oznacza to spadek o 4,9% w 2024 roku oraz o kolejne 2,3% w 2025 roku. W przypadku programu B.30 obserwowany jest zatem spadek zarówno liczby leczonych pacjentów, jak i wartości finansowania, szczególnie widoczny w 2025 roku.

Tabela 25. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.30 w latach 2023-2025.

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	4 929 482	5 057 073	4 506 944	2,6%	-10,9%
Wartość leków	2 606 995	2 517 954	2 321 432	-3,4%	-7,8%
Wartość świadczeń	2 322 486	2 539 119	2 185 512	9,3%	-13,9%
Liczba pacjentów	1 660	1 579	1 543	-4,9%	-2,3%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 26. Refundacja leków w programie lekowym B.30 w 2025 roku, dane NFZ.

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
TOXINUM BOTULINICUM TYPUM A AD INIECTABILE A 100 - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 J.M.	1109	1107	1 561 945,33
TOXINUM BOTULINICUM TYPUM A AD INIECTABILE A 300 - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 J.M.	496	494	430 640,64
TOXINUM BOTULINICUM TYPUM A AD INIECTABILE A 500 - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 J.M.	356	354	321 971,72

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

B.57 Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A

Program lekowy B.57 Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A jest refundowany od 2014 roku.

W programie B.57 Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A wartość kontraktów dynamicznie rosła w całym analizowanym okresie – z 15,0 mln zł w 2023 roku do 24,0 mln zł w 2024 roku i 28,6 mln zł w 2025 roku. Dynamika wzrostu wyniosła 60,5% w 2024 roku oraz 18,9% w 2025 roku. Pomimo utrzymania wzrostu widoczne jest zatem wyraźne spowolnienie jego tempa. Wartość leków zwiększyła się z 10,9 mln zł w 2023 roku do 16,7 mln zł w 2024 roku i 20,5 mln zł w 2025 roku. Od 1 listopada 2023 roku program B.57 rozszerzono poza spastyczność poudarową na dorosłych pacjentów ze spastycznością m.in. w przebiegu stwardnienia rozsianego, mózgowego porażenia dziecięcego i paraplegii spastycznej oraz po urazach OUN. Dodano rozpoznania G35, G80, G82, G83, T90 i T91. Rok 2024 był zatem pierwszym pełnym rokiem funkcjonowania programu w poszerzonym zakresie. W programie B.57 Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A wartość kontraktów wzrosła z 15,0 mln zł w 2023 roku do 24,0 mln zł w 2024 roku i 28,6 mln zł w 2025 roku, tj. odpowiednio o 60,5% i 18,9%. Wzrost ten należy rozpatrywać w kontekście rozszerzenia od listopada 2023 roku kryteriów kwalifikacji do programu o dorosłych pacjentów ze spastycznością o etiologii innej niż udarowa, w tym w przebiegu stwardnienia rozsianego, mózgowego porażenia dziecięcego i paraplegii spastycznej oraz po urazach ośrodkowego układu nerwowego. Rok 2024 był zatem pierwszym pełnym rokiem realizacji programu w poszerzonym zakresie. Wartość leków zwiększyła się z 10,9 mln zł w 2023 roku do 16,7 mln zł w 2024 roku i 20,5 mln zł w 2025 roku, czyli odpowiednio o 53,0% i 22,4%. Wartość świadczeń wzrosła natomiast z 4,0 mln zł do 7,3 mln zł i 8,1 mln zł, co oznacza wzrost o 80,6% w 2024 roku oraz o 10,9% w 2025 roku. Jednocześnie liczba pacjentów zwiększyła się z 3114 w 2023 roku do 4932 w 2024 roku i 6204 w 2025 roku, tj. odpowiednio o 58,4% i 25,8%. Obserwowane zwiększenie liczby leczonych pacjentów oraz wartości kontraktów było więc w znacznej mierze związane z poszerzeniem populacji objętej programem. W 2025 roku nadal zwiększała się liczba pacjentów objętych programem, jednak nie znalazło to proporcjonalnego odzwierciedlenia w dynamice wzrostu wartości świadczeń i kontraktów ogółem.

Tabela 27. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.57 w latach 2023-2025.

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	14 971 728	24 026 659	28 570 708	60,5%	18,9%
Wartość leków	10 935 996	16 736 529	20 487 942	53,0%	22,4%
Wartość świadczeń	4 035 731	7 290 129	8 082 766	80,6%	10,9%
Liczba pacjentów	3 114	4 932	6 204	58,4%	25,8%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 28. Refundacja leków w programie lekowym B.57 w 2025 roku, dane NFZ.

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
TOXINUM BOTULINICUM TYPUM A AD INIECTABILE A 500 - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 J.M.	3573	3434	9 360 162,92
TOXINUM BOTULINICUM TYPUM A AD INIECTABILE A 100 - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 J.M.	1923	1850	6 556 249,60
TOXINUM BOTULINICUM TYPUM A AD INIECTABILE A 300 - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 J.M.	1693	1617	2 407 507,89
TOXINUM BOTULINICUM TYPUM A AD INIECTABILE A 100 (2) - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 J.	289	279	553 263,86

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

B.67 Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych

Program lekowy B.67 Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych jest refundowany w Polsce od 2014 roku.

W programie lekowym B.67 Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych wartość kontraktów systematycznie rośnie w całym analizowanym okresie z 186,9 mln zł w 2023 roku do 219,8 mln zł w 2024 roku i 263,5 mln zł w 2025 roku. Dynamika wzrostu wyniosła 17,6% w 2024 roku oraz 19,9% w 2025 roku, co wskazuje na przyspieszenie tempa wzrostu finansowania programu. Dominującą część wartości kontraktu stanowiły leki, których wartość zwiększyła się z 172,4 mln zł w 2023 roku do 201,5 mln zł w 2024 roku i 246,3 mln zł w 2025 roku. Dynamika wzrostu wyniosła odpowiednio 16,9% i 22,2%. Wartość świadczeń wzrosła natomiast z 14,6 mln zł w 2023 roku do 18,3 mln zł w 2024 roku, po czym zmniejszyła się do 17,2 mln zł w 2025 roku. Oznacza to wzrost o 25,6% w 2024 roku oraz spadek o 6,1% w 2025 roku. Liczba pacjentów również rosła w każdym analizowanym roku z 1 760 osób w 2023 roku do 1 962 w 2024 roku i 2 159 w 2025 roku. Dynamika wzrostu wyniosła 11,5% w 2024 roku oraz 10,0% w 2025 roku. Wartość kontraktów rosła zatem w obu latach szybciej niż liczba pacjentów, a różnica pomiędzy dynamiką finansowania i liczebnością populacji leczonej była szczególnie widoczna w 2025 roku.

Tabela 29. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.67 w latach 2023-2025.

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	186 935 986	219 811 432	263 464 223	17,6%	19,9%
Wartość leków	172 371 501	201 524 505	246 297 363	16,9%	22,2%
Wartość świadczeń	14 564 484	18 286 928	17 166 860	25,6%	-6,1%
Liczba pacjentów	1 760	1 962	2 159	11,5%	10,0%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 30. Refundacja leków w programie lekowym B.67 w 2025 roku, dane NFZ.

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
IMMUNOGLOBULINUM HUMANUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	2074	2013	189 555 484,19
IMMUNOGLOBULINUM HUMANUM SUBCUTANEUM - SC - PODSKÓRNIE - 1 MG	152	146	30 094 381,87
IMMUNOGLOBULINUM HUMANUM - inj. (100 mg/ml, 1 fiol. 50 ml)	22	10	264 649,14
IMMUNOGLOBULINUM HUMANUM - inj. (100 mg/ml, 1 fiol. 25 ml)	22	19	441 027,04

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

B.90 Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona

Program lekowy B.90 Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona jest refundowany od 2017 roku.

W programie B.90 Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona odnotowano wyraźny wzrost skali finansowania. Wartość kontraktów zwiększyła się z 32,1 mln zł w 2023 roku do 43,5 mln zł w 2024 roku, a następnie do 70,1 mln zł w 2025 roku. Tempo wzrostu

przyspieszyło z 35,5% w 2024 roku do 61,2% w 2025 roku. Głównym składnikiem finansowania pozostawały leki. Ich wartość wzrosła z 30,6 mln zł w 2023 roku do 41,7 mln zł w 2024 roku i 68,3 mln zł w 2025 roku. Oznaczało to wzrost odpowiednio o 36,2% oraz 63,7%. Wartość świadczeń stanowiła niewielki udział w kosztach programu, w 2023 roku wynosiła 1,5 mln zł., wzrosła do 1,8 mln zł w 2024 roku, a w 2025 roku pozostała na zbliżonym poziomie. Dynamika wyniosła 21,0% w 2024 roku oraz 2,3% w 2025 roku. Równolegle zwiększała się liczba pacjentów objętych programem z 397 osób w 2023 roku do 510 w 2024 roku oraz 725 w 2025 roku. Odpowiada to wzrostowi o 28,5% i 42,2% rok do roku.

Tabela 31. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.90 w latach 2023-2025.

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	32 091 988	43 471 908	70 080 521	35,5%	61,2%
Wartość leków	30 631 866	41 705 751	68 273 064	36,2%	63,7%
Wartość świadczeń	1 460 122	1 766 157	1 807 457	21,0%	2,3%
Liczba pacjentów	397	510	725	28,5%	42,2%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 32. Refundacja leków w programie lekowym B.90 w 2025 roku, dane NFZ.

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
FOSLEVODOPUM + FOSCARBIDOPUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	344	332	25 185 380,89
LEVODOPUM, CARBIDOPUM - E - DOJELITOWE - 1 MG	300	297	27 877 764,00
APOMORPHINI HYDROCHLORIDUM HEMIHYDRICUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	95	94	4 226 454,20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

B.102.FM Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni

Program lekowy B.102.FM Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni jest refundowany od 2019 roku.

Program B.102.FM Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni charakteryzował się wzrostem wartości finansowania w całym analizowanym okresie. Wartość kontraktów zwiększyła się z 467,6 mln zł w 2023 roku do 587,6 mln zł w 2024 roku oraz 608,9 mln zł w 2025 roku. Największy wzrost nastąpił w 2024 roku i wyniósł 25,7%, natomiast w 2025 roku dynamika wyniosła 3,6%. Niemal całość wartości kontraktu stanowiły leki. Ich wartość wzrosła z 463,9 mln zł w 2023 roku do 583,1 mln zł w 2024 roku i 604,6 mln zł w 2025 roku, przy dynamice odpowiednio 25,7% i 3,7%. Wartość świadczeń była relatywnie niewielka wyniosła 3,6 mln zł w 2023 roku, 4,5 mln zł w 2024 roku oraz 4,3 mln zł w 2025 roku. Po wzroście o 23,8% w 2024 roku nastąpił spadek o 4,2% w 2025 roku. Liczba pacjentów zwiększała się stopniowo, z 1 071 osób w 2023 roku do 1 130 w 2024 roku i 1 176 w 2025 roku. Oznaczało to wzrost o 5,5% oraz 4,1% rok do roku. W 2024 roku wzrost wartości kontraktów był zdecydowanie szybszy niż wzrost liczby pacjentów, natomiast w 2025 roku dynamika obu wskaźników była już zbliżona.

Tabela 33. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.102.FM w latach 2023-2025.

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	467 558 114	587 630 128	608 877 391	25,7%	3,6%
Wartość leków	463 929 968	583 139 443	604 573 217	25,7%	3,7%
Wartość świadczeń	3 628 146	4 490 685	4 304 175	23,8%	-4,2%
Liczba pacjentów	1 071	1 130	1 176	5,5%	4,1%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 34. Refundacja leków w programie lekowym B.102.FM w 2025 roku, dane NFZ.

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
NUSINERSENUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	697	697	264 969 062,94
RISDIPLAMUM - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	460	458	173 474 690,47
ONASEMNOGENUM ABEPARVOVECUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL)	23	23	151 052 346,72

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

B.104 Leczenie choroby Fabry'ego

Program lekowy B.104 Leczenie choroby Fabry'ego jest refundowany od 2019 roku.

W programie B.104 Leczenie choroby Fabry'ego finansowanie zwiększało się systematycznie w latach 2023-2025. Wartość kontraktów wzrosła z 39,2 mln zł w 2023 roku do 43,9 mln zł w 2024 roku oraz 47,7 mln zł w 2025 roku. Dynamika wzrostu wyniosła 11,9% w 2024 roku i 8,7% w 2025 roku, co wskazuje na utrzymanie tendencji wzrostowej przy nieco niższym tempie w ostatnim roku analizy. Największą część finansowania stanowiły leki, których wartość zwiększyła się z 36,8 mln zł w 2023 roku do 40,8 mln zł w 2024 roku i 45,2 mln zł w 2025 roku. Wzrost wyniósł odpowiednio 10,9% oraz 10,7%. Inaczej kształtowała się wartość świadczeń - po wzroście z 2,4 mln zł do 3,0 mln zł w 2024 roku, tj. o 26,7%, w 2025 roku obniżyła się do 2,5 mln zł, co oznacza spadek o 18,8%. Liczba pacjentów wzrosła ze 142 osób w 2023 roku do 157 w 2024 roku i 176 w 2025 roku. Dynamika wyniosła 10,6% oraz 12,1%. W 2024 roku tempo wzrostu wartości kontraktów było zbliżone do wzrostu liczby pacjentów, natomiast w 2025 roku liczba pacjentów rosła szybciej niż wartość finansowania programu.

Tabela 35. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.104 w latach 2023-2025.

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	39 198 883	43 858 820	47 659 507	11,9%	8,7%
Wartość leków	36 805 842	40 827 911	45 196 998	10,9%	10,7%
Wartość świadczeń	2 393 041	3 030 908	2 462 509	26,7%	-18,8%
Liczba pacjentów	142	157	176	10,6%	12,1%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 36. Refundacja leków w programie lekowym B.104 w 2025 roku, dane NFZ.

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
AGALSIDASUM BETA - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	83	83	19 614 485,33
AGALSIDASUM ALFA - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	62	62	12 512 239,11
MIGALASTATUM - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	38	36	9 323 003,87

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

B.121 Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona

Program lekowy B.121 Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona jest refundowany od 2021 roku.

W ramach programu B.121 dotyczącego leczenia amifamprydyną u pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona odnotowano wzrost finansowania w całym analizowanym okresie. Łączna kwota umów zwiększyła się z 4,4 mln zł w 2023 roku do 6,5 mln zł w 2024 roku i 6,8 mln zł w 2025 roku. Największy wzrost odnotowano w 2024 roku – o 46,7%, podczas gdy w 2025 roku wyniósł on 5,5%. Niemal całość zakontraktowanych środków przeznaczono na leki: 4,4 mln zł w 2023 roku, 6,4 mln zł w 2024 roku oraz 6,8 mln zł w 2025 roku. Oznaczało to wzrost na poziomie

46,9% oraz 5,7%. Wydatki na świadczenia miały marginalny udział w strukturze kosztów - zwiększyły się z 64,8 tys. zł w 2023 roku do 90,7 tys. zł w 2024 roku, po czym spadły do 80,9 tys. zł w 2025 roku. Oznacza to wzrost o 40,0% w 2024 roku oraz spadek o 10,8% rok później. Liczba pacjentów objętych programem wzrosła z 30 osób w 2023 roku do 38 w 2024 roku, a następnie do 42 w 2025 roku. Tempo wzrostu wyniosło 26,7% w 2024 roku oraz 10,5% w 2025 roku.

Tabela 37. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.121 w latach 2023-2025.

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	4 422 728	6 490 249	6 844 098	46,7%	5,5%
Wartość leków	4 357 958	6 399 551	6 763 218	46,9%	5,7%
Wartość świadczeń	64 771	90 698	80 880	40,0%	-10,8%
Liczba pacjentów	30	38	42	26,7%	10,5%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 38. Refundacja leków w programie lekowym B.121 w 2025 roku, dane NFZ.

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
AMIFAMPRIDINUM - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	42	40	6 187 620,78

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

B.123 Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona

Program lekowy B.123 Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona jest refundowany od 2021 roku.

W ramach programu B.123 Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona wartość finansowania pozostawała niewielka na tle pozostałych analizowanych programów, jednak systematycznie rosła. Łączna wartość kontraktów zwiększyła się z 208,4 tys. zł w 2023 roku do 275,3 tys. zł w 2024 roku, a następnie do 465,3 tys. zł w 2025 roku. Dynamika wzrostu wyniosła 32,1% w 2024 roku oraz 69,0% w 2025 roku. Całość wartości kontraktu stanowiły leki. Ich wartość wzrosła z 206,7 tys. zł w 2023 roku do 270,0 tys. zł w 2024 roku oraz 460,0 tys. zł w 2025 roku. Oznaczało to wzrost odpowiednio o 30,6% i 70,4%.

Wartość świadczeń pozostawała na bardzo niskim poziomie wyniosła 1,7 tys. zł w 2023 roku oraz około 5,3 tys. zł zarówno w 2024, jak i 2025 roku. Program obejmował niewielką liczbę pacjentów. W 2023 roku leczona była 1 osoba, natomiast w 2024 i 2025 roku po 2 osoby.

Tabela 39. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.123 w latach 2023-2025.

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	208 409	275 349	465 298	32,1%	69,0%
Wartość leków	206 734	269 992	459 989	30,6%	70,4%
Wartość świadczeń	1 676	5 357	5 309	219,7%	-0,9%
Liczba pacjentów	1	2	2	100,0%	0,0%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 40. Refundacja leków w programie lekowym B.123 w 2025 roku, dane NFZ.

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
TRIENTINUM TETRAHYDROCHLORIDUM - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	<5	<5	379 991,52

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

B.133 Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą

Program lekowy B.133 Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą jest refundowany od 2022 roku.

Program B.133 Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą należał do programów o wysokiej dynamice rozwoju w analizowanym okresie. Wartość kontraktów wzrosła z 6,4 mln zł w 2023 roku do 18,3 mln zł w 2024 roku, a następnie do 24,8 mln zł w 2025 roku. Największy wzrost nastąpił w 2024 roku, kiedy finansowanie zwiększyło się o 187,1%. W 2025 roku trend wzrostowy był kontynuowany, jednak jego dynamika obniżyła się do 35,5%. Wartość leków zwiększyła się z 4,5 mln zł w 2023 roku do 14,5 mln zł w 2024 roku oraz 20,8 mln zł w 2025 roku. Oznaczało to wzrost o 222,0%

w 2024 roku i o kolejne 43,3% w 2025 roku. Wydatki na świadczenia również rosły, choć w znacznie wolniejszym tempie - z 1,9 mln zł w 2023 roku do 3,8 mln zł w 2024 roku i 4,0 mln zł w 2025 roku. Dynamika wyniosła odpowiednio 103,2% oraz 5,4%. Równolegle następował szybki wzrost liczby pacjentów objętych programem z 1 468 osób w 2023 roku do 2 482 w 2024 roku i 3 334 w 2025 roku. Odpowiadało to wzrostowi o 69,1% oraz 34,3% rok do roku.

Tabela 41. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.133 w latach 2023-2025.

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	6 369 676	18 287 727	24 773 132	187,1%	35,5%
Wartość leków	4 498 606	14 485 032	20 763 309	222,0%	43,3%
Wartość świadczeń	1 871 071	3 802 694	4 009 823	103,2%	5,4%
Liczba pacjentów	1 468	2 482	3 334	69,1%	34,3%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 42. Refundacja leków w programie lekowym B.133 w 2025 roku, dane NFZ.

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
TOXINUM BOTULINICUM TYPUM A AD INIECTABILE A 100 - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 J.M.	1865	1735	3 456 769,39
FREMANEZUMABUM - SC - PODSKÓRNIE - 1 MG	1855	1771	13 577 535,22
ERENUMABUM - SC - PODSKÓRNIE - 1 MG	103	93	609 567,46

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

B.138.FM Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)

Program lekowy B.138.FM Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD) jest refundowany od 2022 roku.

Program B.138.FM Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD) charakteryzował się znaczącym wzrostem finansowania w 2024 roku. Wartość kontraktów zwiększyła się z 11,7 mln zł w 2023 roku do 33,0 mln zł w 2024 roku, a następnie do 35,6 mln zł w 2025 roku. Oznaczało to wzrost o 181,0% w 2024 roku, podczas gdy w 2025 roku dynamika wyraźnie uległa zmniejszeniu do 8,0%. Zdecydowaną większość finansowania stanowiły leki. Ich wartość wzrosła z 11,5 mln zł w 2023 roku do 32,3 mln zł w 2024 roku oraz 35,1 mln zł w 2025 roku. Dynamika wyniosła odpowiednio 180,8% i 8,6%. Wartość świadczeń była znacznie niższa zwiększyła się z 229,9 tys. zł w 2023 roku do 663,0 tys. zł w 2024 roku, po czym obniżyła się do 508,9 tys. zł w 2025 roku. Oznacza to wzrost o 188,3% w 2024 roku oraz spadek o 23,2% w 2025 roku. Liczba pacjentów wzrosła z 73 osób w 2023 roku do 132 w 2024 roku, a następnie do 146 w 2025 roku. Dynamika wyniosła 80,8% w 2024 roku oraz 10,6% w 2025 roku.

Tabela 43. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.138.FM w latach 2023-2025.

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	11 738 394	32 983 223	35 610 899	181,0%	8,0%
Wartość leków	11 508 470	32 320 195	35 101 980	180,8%	8,6%
Wartość świadczeń	229 924	663 028	508 919	188,4%	-23,2%
Liczba pacjentów	73	132	146	80,8%	10,6%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 44. Refundacja leków w programie lekowym B.138.FM w 2025 roku, dane NFZ.

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
SATRALIZUMABUM - SC - PODSKÓRNIE - 1 MG	144	143	13 577 535,22

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

B.153 Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego

Program lekowy B.153 Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego jest refundowany od 2024 roku.

Program B.153 Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego został objęty finansowaniem w 2024 roku. W pierwszym roku wartość kontraktów wyniosła 1,1 mln zł, natomiast w 2025 roku wzrosła do 5,2 mln zł. Oznacza to blisko pięciokrotny wzrost finansowania, odpowiadający dynamice 370,2% względem 2024 roku. Leki stanowiły blisko 100% wartości kontraktów, ponieważ koszty świadczeń wynosiły odpowiednio 26,4 tys. zł w 2024 roku i 57,5 tys. zł w 2025 roku (wzrost o 117,8%). Zwiększenie nakładów finansowych było skorelowane ze wzrostem liczby pacjentów objętych programem. W 2024 roku leczono 30 osób, natomiast w 2025 roku już 55 (wzrost o 83,3%).

Tabela 45. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.153 w latach 2023-2025.

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	–	1 110 768	5 223 106	–	370,2%
Wartość leków	–	1 084 360	5 165 589	–	376,4%
Wartość świadczeń	–	26 408	57 517	–	117,8%
Liczba pacjentów	–	30	55	–	83,3%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 46. Refundacja leków w programie lekowym B.153 w 2025 roku, dane NFZ.

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
CANNABIDIOLUM - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	53	53	4 086 021,28

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

B.154.FM Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet

Program lekowy B.154.FM Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta jest refundowany od 2024 roku.

Program B.154.FM Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet jest kolejnym programem, dla którego finansowanie w analizowanych danych pojawia się od 2024 roku. Wartość kontraktów wyniosła wówczas 4,7 mln zł, natomiast w 2025 roku wzrosła do 20,5 mln zł. Oznacza to ponad czterokrotny wzrost finansowania, odpowiadający dynamice 339% rok do roku. Wartość wydatków na leki w programie zwiększyła się z 4,5 mln zł w 2024 roku do 19,9 mln zł w 2025 roku, co oznacza wzrost o 345,0%. Znacznie mniejsza część środków przypadała na świadczenia, jednak również w tym obszarze odnotowano znaczący wzrost - ze 179,9 tys. zł w 2024 roku do 522,5 tys. zł w 2025 roku, tj. o 190,3%. Jednocześnie istotnie zwiększyła się liczba pacjentów objętych programem - ze 128 osób w 2024 roku do 339 w 2025 roku. Oznacza to wzrost o 164,8%. Wartość kontraktów rosła zatem ponad dwukrotnie szybciej niż liczba leczonych pacjentów. Ze względu na brak danych za 2023 rok dynamika dla pierwszego analizowanego okresu nie została wyliczona.

Tabela 47. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.154.FM w latach 2023-2025.

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	–	4 662 914	20 471 822	–	339,0%
Wartość leków	–	4 482 986	19 949 369	–	345,0%
Wartość świadczeń	–	179 929	522 453	–	190,4%
Liczba pacjentów	–	128	339	–	164,8%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 48. Refundacja leków w programie lekowym B.154.FM w 2025 roku, dane NFZ.

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
CANNABIDIOLUM - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	243	240	13 352 953,21
FENFLURAMINUM - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	123	112	5 104 874,07

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

B.157 Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii

Program lekowy B.157 Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii jest refundowany od 2024 roku.

Program B.157 Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii pojawia się w analizowanych danych od 2024 roku. Wartość kontraktów wyniosła wówczas 1,8 mln zł, natomiast w 2025 roku osiągnęła 42,6 mln zł. Wartość wydatków na leki w programie zwiększyła się z 1,8 mln zł w 2024 roku do 42,0 mln zł w 2025 roku, co odpowiadało wzrostowi o 2 249,5%. Wartość świadczeń wzrosła natomiast z 59,9 tys. zł do 640,3 tys. zł, czyli o 969,3%. Równie dynamicznie zwiększała się liczba pacjentów korzystających z programu. W 2024 roku leczeniem objętych było 18 osób, natomiast w 2025 roku ich liczba wzrosła do 158, czyli o 777,8%. Wzrost finansowania był zatem zdecydowanie szybszy niż wzrost liczby leczonych pacjentów. Ze względu na brak danych za 2023 rok dynamika dla pierwszego analizowanego okresu nie została wyliczona.

Tabela 49. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.157 w latach 2023-2025.

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	–	1 845 433	42 592 660	–	2208,0%
Wartość leków	–	1 785 550	41 952 341	–	2249,5%
Wartość świadczeń	–	59 884	640 320	–	969,3%
Liczba pacjentów	–	18	158	–	777,8%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 50. Refundacja leków w programie lekowym B.157 w 2025 roku, dane NFZ.

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
RITUXIMABUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	87	85	442 454,21
EFGARTIGIMOD ALFA - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 FIOL.	44	44	19 182 196,63
RAVULIZUMABUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	29	19	7 270 048,66

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

B.170 Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej

Program lekowy B.170 Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej jest refundowany od 2025 roku.

Program B.170 dotyczący leczenia dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej został odnotowany w analizowanych danych po raz pierwszy w 2025 roku. Wartość zawartych kontraktów w tym okresie wyniosła około 1,5 mln zł, dlatego z uwagi na brak danych z lat wcześniejszych nie ma możliwości oceny trendu zmian w finansowaniu. Zdecydowana większość środków przeznaczonych na realizację programu została skierowana na zakup leków - ich wartość osiągnęła 1,52 mln zł przy łącznej wartości kontraktu wynoszącej 1,525 mln zł. Natomiast wydatki na świadczenia były znikome i wyniosły jedynie 4,7 tys. zł, co świadczy o niewielkim udziale tej kategorii w całkowitej strukturze finansowania programu. W 2025 roku z programu korzystało 6 pacjentów. Ponieważ finansowanie programu zostało ujęte w danych dopiero w ostatnim roku analizowanego okresu, pełna ocena jego rozwoju oraz dynamiki będzie możliwa dopiero w oparciu o dane z kolejnych lat.

Tabela 51. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.170 w latach 2023-2025.

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	–	–	1 524 670	–	–
Wartość leków	–	–	1 520 000	–	–
Wartość świadczeń	–	–	4 670	–	–
Liczba pacjentów	–	–	6	–	–

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 52. Refundacja leków w programie lekowym B.170 w 2025 roku, dane NFZ.

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
VUTRISIRANUM - SC - PODSKÓRNIE - 1 MG	6	<5	570 000,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

B.174 Leczenie chorych na ataksję Friedreicha

Program B.174 Leczenie chorych na ataksję Friedreicha jest refundowany od 2025 roku.

Wartość zawartych kontraktów wyniosła w tym okresie około 7,3 mln zł. Ze względu na brak finansowania wykazanego w danych za lata 2023–2024 nie jest możliwe określenie dynamiki zmian wartości kontraktów w analizowanym okresie. Wartość wydatków na leki w programie w 2025 roku wyniosła 7,26 mln zł przy łącznej wartości kontraktów na poziomie 7,28 mln zł. Wydatki na świadczenia wyniosły natomiast jedynie 15,5 tys. zł. W 2025 roku leczeniem w ramach programu objęto 42 pacjentów. Z uwagi na dostępność danych wyłącznie za jeden rok ocena zmian liczby leczonych, wartości finansowania oraz dalszego rozwoju programu będzie możliwa dopiero po uwzględnieniu danych z kolejnych okresów.

Tabela 53. Wartość finansowania kontraktu i liczba pacjentów w programie lekowym B.174 w latach 2023-2025.

Wskaźnik	2023	2024	2025	Dynamika 2024 vs 2023	Dynamika 2025 vs 2024
Wartość kontraktów ogółem	–	–	7 275 928	–	–
Wartość leków	–	–	7 260 382	–	–
Wartość świadczeń	–	–	15 546	–	–
Liczba pacjentów	–	–	42	–	–

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 54. Refundacja leków w programie lekowym B.174 w 2025 roku, dane NFZ.

Nazwa produktu	Liczba pacjentów ze sprawozdanym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Liczba pacjentów z rozliczonym świadczeniem z podaniem leku w ramach programu lekowego w 2025 roku	Kwota refundacji rozliczona w 2025 roku [zł]
VUTRISIRANUM - SC - PODSKÓRNIE - 1 MG	30	21	4 806 168,30

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

2

Analiza warunków i efektywności finansowej neurologicznych programów lekowych

Dr Maja Krzystałowska-Wawrzyniak, MBA

Rozdział ma na celu podsumowanie zasad rozliczania i oceny kosztów wybranych programów lekowych znajdujących zastosowanie w neurologii. Rozdział przedstawia stan prawny i taryfy wg stanu na dzień 01.09.2026 roku.

2.1 PODSTAWOWE ZASADY REALIZACJI I ROZLICZANIA PROGRAMÓW LEKOWYCH W POLSCE – ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM PROGRAMÓW NEUROLOGICZNYCH

Programy lekowe stanowią świadczenia gwarantowane, finansowane ze środków publicznych, umożliwiające stosowanie kosztownych, najczęściej innowacyjnych terapii w ściśle określonych wskazaniach klinicznych. Funkcjonowanie programów lekowych w Polsce opiera się na dwóch podstawowych i wzajemnie uzupełniających się aktach prawnych: **ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych** oraz **ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**. Pierwsza z nich tworzy przede wszystkim ramy polityki refundacyjnej państwa i określa zasady finansowania technologii lekowych, w tym limitów finansowania, natomiast druga reguluje sposób organizacji, finansowania i realizacji świadczeń zdrowotnych w publicznym systemie ochrony zdrowia.

Program lekowy został w ustawie **o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych** zdefiniowany jako program zdrowotny obejmujący technologię lekową, w której określona substancja czynna, stosowana w danym wskazaniu i w określonej populacji pacjentów, nie stanowi składowej kosztowej innych świadczeń gwarantowanych. Tym samym program lekowy stanowi szczególny mechanizm zapewnienia dostępu do terapii, które są finansowane w sposób wyodrębniony względem standardowego finansowania hospitalizacji czy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Produkty objęte tą kategorią są wydawane świadczeniobiorcy bezpłatnie.

Kluczowe znaczenie ustawy refundacyjnej polega na tym, że poprzez indywidualne decyzje refundacyjne Ministra Zdrowia oraz publikowane obwieszczenia refundacyjne określa ona, **jakie technologie lekowe są finansowane w ramach poszczególnych programów i na jakich warunkach**. Obwieszczenie Ministra Zdrowia zawiera m.in. informacje dotyczące kategorii dostępności refundacyjnej, cen i limitów finansowania, a w przypadku leków stosowanych w programach lekowych również **opis programu lekowego**. Opis programu ma fundamentalne znaczenie dla praktyki klinicznej. Wyznacza on warunki, których spełnienie umożliwia zastosowanie finansowanej ze środków publicznych terapii u konkretnego pacjenta. Określa m.in. populację docelową oraz kryteria kwalifikacji

do leczenia, zasady prowadzenia terapii, wymagania dotyczące diagnostyki i monitorowania jej skuteczności oraz przesłanki zakończenia lub wyłączenia pacjenta z leczenia. W konsekwencji zakres refundacji leku w programie lekowym nie jest tożsamy wyłącznie z jego wskazaniami rejestracyjnymi – możliwość finansowania terapii jest związana z warunkami określonymi dla konkretnego programu.

Ustawa refundacyjna pełni tym samym funkcję **regulatora dostępu do technologii lekowych**. Łączy ocenę kliniczną i ekonomiczną technologii medycznej z decyzją dotyczącą jej finansowania ze środków publicznych. Stanowi podstawę dla procesów oceny technologii medycznych, negocjacji warunków refundacji, ustalania cen urzędowych, limitów finansowania oraz stosowania instrumentów dzielenia ryzyka.

Drugim filarem systemu jest ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Określa ona m.in. warunki udzielania i zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych, zasady ich finansowania, zasady kwalifikowania świadczeń jako gwarantowanych, zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia dostępu do opieki oraz organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ustawa tworzy również podstawę do monitorowania przebiegu leczenia. Prezes NFZ jest zobowiązany do prowadzenia elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. System obejmuje informacje dotyczące m.in. spełnienia kryteriów włączenia pacjenta, kwalifikacji do programu, zastosowanej terapii i dawkowania, monitorowania jej przebiegu i skuteczności oraz przyczyn zakończenia leczenia. Co szczególnie istotne z punktu widzenia świadczeniodawcy, prawidłowe i terminowe przekazanie wymaganych danych stanowi warunek rozliczenia zarówno kosztu leku, jak i związanych z nim świadczeń opieki zdrowotnej.

Na poziomie wykonawczym ramy ustawowe są następnie uszczegóławiane przede wszystkim przez **rozporządzenia Ministra Zdrowia określające wykaz i warunki realizacji świadczeń gwarantowanych** oraz przez **zarządzenia Prezesa NFZ określające warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programów lekowych**. To właśnie na tym poziomie określone są szczegółowe wymagania organizacyjne wobec świadczeniodawców i praktyczne zasady sprawozdawania oraz rozliczania świadczeń.

W efekcie program lekowy należy postrzegać nie tylko jako mechanizm refundacji drogiej lub specjalistycznej terapii, ale jako **kompleksowy model organizacji leczenia**, obejmujący technologię lekową, kwalifikację pacjenta, diagnostykę, monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia, świadczenia wykonywane przez ośrodek prowadzący terapię oraz system finansowania i kontroli prowadzony przez NFZ.

Podstawowym dokumentem merytorycznym regulującym sposób prowadzenia leczenia jest **opis programu lekowego**. Treść programów publikowana jest wraz z obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Ministerstwo Zdrowia wskazuje, że opis programu obejmuje w szczególności kryteria kwalifikacji pacjenta, kryteria wyłączenia, schemat dawkowania i sposób podawania leków oraz wykaz badań diagnostycznych niezbędnych przy kwalifikacji i monitorowaniu leczenia.

Opis programu ma charakter wiążący z punktu widzenia finansowania terapii. Oznacza to, że lekarz prowadzący nie może swobodnie rozszerzyć finansowanej ze środków NFZ populacji o pacjentów niespełniających kryteriów programu, nawet jeżeli zastosowanie leku byłoby klinicznie uzasadnione lub mieściło się w szerszym zakresie jego charakterystyki produktu leczniczego.

Od 2023 r., a następnie po kolejnych zmianach ustawy refundacyjnej, rola Ministra Zdrowia w kształtowaniu treści programu została dodatkowo wyraźnie określona ustawowo. Zgodnie z art. 16a ustawy refundacyjnej to Minister Zdrowia **tworzy opisy programów lekowych**, po zasięgnięciu opinii właściwego konsultanta krajowego albo wojewódzkiego, a w uzasadnionych przypadkach także medycznego towarzystwa naukowego. Opis programu podlega również opiniowaniu przez Prezesa AOTMiT. Rozwiązanie to podkreśla publicznoprawny charakter programu lekowego; jego ostateczny kształt nie jest wyłącznie rezultatem propozycji producenta leku, lecz elementem polityki zdrowotnej i refundacyjnej państwa.

Uruchomienie finansowania nowej technologii w programie lekowym jest poprzedzone wieloetapowym procesem refundacyjnym. Co do zasady inicjuje go wniosek podmiotu odpowiedzialnego lub jego przedstawiciela o objęcie produktu refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu. Postępowania refundacyjne prowadzone są w Systemie Obsługi List Refundacyjnych – SOLR. W odniesieniu do leków, które nie posiadają odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu, istotnym etapem jest ocena technologii medycznej przeprowadzana przez **Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**. Minister Zdrowia przekazuje dokumentację do AOTMiT w celu przygotowania analizy weryfikacyjnej Agencji, stanowiska Rady Przejrzystości oraz rekomendacji Prezesa AOTMiT. Ocena AOTMiT obejmuje z kolei m.in. analizę skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa, ocenę ekonomiczną, wpływ finansowania technologii na budżet płatnika, porównanie z dostępnymi alternatywami terapeutycznymi oraz analizę rozwiązań refundacyjnych stosowanych w innych państwach. Jednym z elementów oceny pozostaje także odniesienie kosztu uzyskiwanego efektu zdrowotnego do ustawowego progu efektywności kosztowej.

Po etapie oceny HTA następują negocjacje z **Komisją Ekonomiczną działającą przy Ministrze Zdrowia**. Obejmują one przede wszystkim cenę zbytu netto, zakres wskazań objętych refundacją oraz ewentualne instrumenty dzielenia ryzyka. Komisja Ekonomiczna ma za zadanie z jednej strony dążyć do zapewnienia dostępności terapii, z drugiej zaś uwzględniać możliwości finansowe płatnika publicznego oraz racjonalność wydatkowania środków refundacyjnych.

Ostateczną decyzję o objęciu leku refundacją podejmuje **Minister Zdrowia**. Rekomendacja AOTMiT oraz stanowisko Komisji Ekonomicznej są istotnymi elementami postępowania, lecz nie zastępują decyzji Ministra. Po wydaniu pozytywnej decyzji refundacyjnej odpowiedni lek zostaje uwzględniony w obwieszczeniu refundacyjnym, a w przypadku programu lekowego publikowany jest również aktualny opis programu.

Obowiązki świadczeniodawcy

Do podstawowych obowiązków świadczeniodawcy należy przede wszystkim systematyczne monitorowanie stanu klinicznego pacjenta oraz wykonywanie badań diagnostycznych przewidzianych w opisie danego programu lekowego, z zachowaniem określonych terminów i częstotliwości. Wyniki badań powinny potwierdzać spełnianie przez pacjenta kryteriów dalszego leczenia oraz umożliwiać ocenę jego skuteczności i bezpieczeństwa.

Istotnym elementem realizacji programu jest również prowadzenie kompletnej dokumentacji medycznej oraz jej udostępnianie na żądanie NFZ. W programach, w których funkcjonuje Zespół Koordynacyjny, świadczeniodawca zobowiązany jest także do współpracy z tym zespołem oraz przekazywania dokumentacji i informacji wymaganych w procesie kwalifikacji i monitorowania terapii.

Dokumentacja pacjenta powinna obejmować również wymagane formularze dotyczące realizacji leczenia, w szczególności kartę włączenia świadczeniobiorcy do programu lekowego oraz kartę

wydania leku. Dokumenty te powinny być prawidłowo uzupełniane i przechowywane w dokumentacji medycznej pacjenta.

Szczególne znaczenie ma prawidłowe, kompletne i terminowe wprowadzanie danych do SMPT (Systemu Monitorowania Programów Terapeutycznych), który docelowo ma być zastąpiony przez centralny system tworzony przez CeZ – SMPL (System Monitorowania Programów Lekowych). Dane wykazywane w systemie powinny pozostawać zgodne z dokumentacją medyczną, rzeczywistym przebiegiem terapii, wykonanymi badaniami oraz wydaniem lub podaniem leku. Prawidłowa sprawozdawczość w SMPT stanowi jeden z podstawowych warunków potwierdzenia prawidłowej realizacji programu i rozliczenia świadczeń finansowanych przez NFZ.

Katalogi rozliczeniowe i ich wzajemne relacje

Zasady realizacji i finansowania programów na dzień powstania niniejszego opracowania reguluje **zarządzenie nr 75/2026/DGL Prezesa NFZ z 23 lipca 2026 r.**

Jednostką rozliczeniową jest punkt. Należność za świadczenia stanowi sumę „iloczynu świadczeń” oraz „iloczynu leków” albo „iloczynu substancji”, przy czym:

Iloczyn świadczeń = liczba udzielonych świadczeń × wartość punktowa z katalogu świadczeń, katalogu ryczałtów albo katalogu badań kosztochłonnych × cena punktu.

Iloczyn leków = ilość podanej substancji czynnej × waga punktowa jednostki miary leku × cena punktu × taryfa dla danego kodu GTIN, gdzie taryfa $T = L / I$; L to cena z faktury zakupu, nie wyższa niż limit finansowania z obwieszczenia MZ obowiązującego w dniu podania lub wydania leku, a I to liczba jednostek miary w opakowaniu.

Konstrukcja należności jest addytywna, ale nie symetryczna, i ta asymetria wyznacza pole manewru ośrodka. Iloczyn świadczeń zależy od decyzji organizacyjnych: ile kontaktów odbędzie się w roku, w jakim trybie zostaną one udzielone i którym produktem rozliczone, jaki jest zakres wykonanej diagnostyki, oczywiście w ramach organizacyjnych wyznaczanych opisem programu. Iloczyn leków nie zależy od ośrodka w żadnym stopniu – ilość podanej substancji musi być zgodna z dawkowaniem określonym w opisie programu, a jej wartość jednostkowa wynika ze wzoru taryfy, w którym cena z faktury zakupu ograniczona jest limitem finansowania z obwieszczenia i ewentualnymi regulacjami w zakresie instrumentów dzielenia ryzyka.

W rozliczeniu programu należy zatem rozdzielić trzy zasadnicze elementy: **koszt leku, koszt świadczenia związanego z realizacją programu oraz koszt diagnostyki**. Lek wykazywany jest zgodnie z katalogiem leków refundowanych stosowanych w programach lekowych (katalog 1m), w ilości odpowiadającej faktycznemu podaniu lub wydaniu pacjentowi. Rozliczenie wymaga równolegle prawidłowej sprawozdawczości, w tym raportu statystycznego oraz przekazywania danych dotyczących ewidencji faktur zakupu leków. NFZ monitoruje również średnie koszty rozliczenia substancji czynnych stosowanych w programach lekowych.

Drugim elementem jest **świadczenie związane z wykonaniem programu**, rozliczane zgodnie z katalogiem 1k. W zależności od sposobu prowadzenia terapii może to być hospitalizacja, hospitalizacja jednodniowa albo przyjęcie ambulatoryjne. Co do zasady, należy wybierać tryb odpowiadający rzeczywistemu sposobowi udzielenia świadczenia i możliwościom wskazanym dla konkretnego

programu w katalogu NFZ. Nie jest więc zasadą, że każde podanie leku w programie wymaga hospitalizacji. W programach, w których charakter terapii na to pozwala, podstawowym modelem powinno być leczenie ambulatoryjne, natomiast hospitalizacja powinna odpowiadać rzeczywistym wskazaniom klinicznym i organizacyjnym. Kluczowa jest tutaj inwazyjność procedury, konieczność obserwacji, stan pacjenta i wymagania konkretnego programu. Sam fakt iniekcji podskórnej, domięśniowej czy dożylniej nie uzasadnia trybu hospitalizacji. **Droga parenteralna nie jest zatem równoznaczna z hospitalizacją.** W szczególności leki **s.c., i.m., a także wiele leków i.v w krótkich wlewach** mogą i powinny być w ocenie NFZ podawane ambulatoryjnie, jeżeli podanie oraz wymagana obserwacja mogą zostać bezpiecznie przeprowadzone podczas wizyty ambulatoryjnej.

Warto zwrócić uwagę, iż **produkt rozliczeniowy właściwy dla trybu ambulatoryjnego** wyceniono na 108,16 pkt (obecnie **209,83 zł**), czyli poniżej kosztu realizacji świadczenia konsultacji lekarskiej i wlewu w jakimkolwiek modelu wyceny rynkowej. Tryb jednodniowy (486,72 pkt = 944,24 zł) zdefiniowano natomiast czasowo: są to świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w czasie nieprzekraczającym 24 godzin. Kryterium jest zamiar i czas, a nie rodzaj procedury, co oznacza, że granica między trybem ambulatoryjnym a jednodniowym jest w programach, gdzie podanie leku następuje w postaci wlewu granicą o wartości 734,41 zł na kontakt. Świadczeniodawca porusza się więc między dwoma obowiązkami, które nie są ze sobą uzgodnione: obowiązkiem stosowania trybu najmniej intensywnego oraz obowiązkiem prowadzenia działalności w sposób nienaruszający własnej stabilności finansowej. Rozstrzygnięcie tego napięcia jest w obecnym stanie prawnym decyzją kliniczną ośrodka i musi jako decyzja kliniczna **znaleźć potwierdzenie w dokumentacji medycznej**.

Produkty rozliczeniowe katalogu 1k

Tabela 1. Produkty rozliczeniowe katalogu 1k znajdujące zastosowanie w neurologicznych programach lekowych.

Kod i nazwa świadczenia	Wartość punktowa	Wartość świadczenia [zł]	Programy lekowe	Uwagi – wytyczne NFZ dotyczące realizacji i rozliczania świadczenia
5.08.07.0000001 – hospitalizacja związana z wykonaniem programu	497,90	965,93	B.22, B.23, B.24, B.25, B.28, B.29, B.57, B.67, B.90, B.102.FM, B.104, B.138.FM, B.157, B.170, B.176	- Za osobodzień. - Nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e.
5.08.07.0000002 – hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci	551,94	1 070,76	B.22, B.23, B.24, B.25, B.28, B.29, B.30, B.67, B.102.FM, B.104, B.138.FM	- Za osobodzień. - Nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e.
5.08.07.0000003 – hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu	486,72	944,24	B.22, B.23, B.24, B.25, B.28, B.29, B.30, B.57, B.67, B.90, B.102.FM, B.104, B.121, B.133, B.138.FM, B.153, B.154.FM, B.157, B.170, B.174, B.176	- Za osobodzień. - Nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e.

Kod i nazwa świadczenia	Wartość punktowa	Wartość świadczenia [zł]	Programy lekowe	Uwagi – wytyczne NFZ dotyczące realizacji i rozliczania świadczenia
5.08.07.0000024 – hospitalizacja związana z podaniem nusinersenu w znieczuleniu ogólnym i pod kontrolą tomografii komputerowej	911,18	1 767,69	B.102.FM	- Za osobodzień. - Nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e.
5.08.07.0000025 – hospitalizacja związana z podaniem nusinersenu w znieczuleniu ogólnym lub pod kontrolą tomografii komputerowej	689,85	1 338,31	B.102.FM	- Za osobodzień. - Nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e.
5.08.07.0000004 – przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu	108,16	209,83	B.22, B.23, B.24, B.25, B.28, B.29, B.30, B.57, B.67, B.90, B.102.FM, B.104, B.121, B.123, B.133, B.138.FM, B.153, B.154.FM, B.157, B.170, B.174, B.176	- Nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e.
5.08.07.0000026 – przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu	324,48	629,49	B.29	- Rozliczane raz na 3 miesiące (-14 dni) u pacjentów, u których po kompleksowej ocenie stanu zdrowia możliwe jest wyznaczenie kolejnego terminu wizyty za 3 miesiące. - W okresie 3 miesięcy (-14 dni) od daty sprawozdania świadczenia 5.08.07.0000026 nie dopuszcza się rozliczenia świadczeń 5.08.07.0000001, 5.08.07.0000002, 5.08.07.0000003 ani 5.08.07.0000004. - Nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e.

Kod i nazwa świadczenia	Wartość punktowa	Wartość świadczenia [zł]	Programy lekowe	Uwagi – wytyczne NFZ dotyczące realizacji i rozliczania świadczenia
5.08.07.0000023 – kwalifikacja do leczenia w programie lekowym oraz weryfikacja jego skuteczności	338,00	655,72	B.22, B.23, B.24, B.25, B.90, B.102.FM, B.104, B.121, B.123, B.138.FM, B.154.FM, B.170, B.174	– Nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e. – Dla zakresów 03.0000.312.02 i 03.0000.365.02 dotyczy wyłącznie kwalifikacji do leczenia tisagenlecleucel, aksykabtagenem, cytoleucel, breksukabtagenem, autoleucel albo lizokabtagenem maraleucel przez zespół koordynacyjny.
5.08.07.0000027 – przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z podaniem toksyny botulinowej typu A pod kontrolą elektromiografii, stymulacji elektrycznej mięśnia i/lub ultrasonografii w leczeniu spastyczności kończyn	378,56	734,41	B.30, B.57	– Nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e. – Produkt możliwy do rozliczenia jedynie w przypadku zastosowania i wykazania do rozliczenia procedury zgodnie ze słownikiem ICD-9: 89.394, 89.395 i/lub 88.793.
5.08.07.0000029 – przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym połączone z podaniem toksyny botulinowej typu A w leczeniu migreny przewlekłej	378,56	734,41	B.133	– Nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e.

Szczególne rozwiązania występują właśnie w programach neurologicznych objętych niniejszym opracowaniem. W programie **B.29 Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane** katalog przewiduje m.in. możliwość rozliczenia przyjęcia pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym, co pozwala łączyć kontrolę kliniczną i wydawanie leków stosowanych samodzielnie przez pacjenta w rzadsze wizyty, jeżeli spełnione są warunki produktu rozliczeniowego. W programach **B.30 i B.57**, dotyczących leczenia spastyczności, funkcjonuje odrębny produkt obejmujący ambulatoryjne podanie toksyny botulinowej typu A pod kontrolą elektromiografii, stymulacji elektrycznej mięśnia i/lub USG. Z kolei

w programie **B.133 Profilaktyczne leczenie migreny przewlekłej** przewidziano przyjęcie ambulatoryjne połączone z podaniem toksyny botulinowej typu A. Szczególne zasady występują również w **B.102.FM Leczenie rdzeniowego zaniku mięśni**, gdzie obok standardowych form realizacji programu dostępne są odrębne produkty hospitalizacyjne związane z podaniem nusinersenu w znie-czuleniu ogólnym i/lub pod kontrolą tomografii komputerowej.

Trzeci element finansowania stanowi **diagnostyka i monitorowanie leczenia**. Dla wskazanych programów neurologicznych podstawowym mechanizmem pozostają ryczałty diagnostyczne określone w katalogu 1L. Ryczałt służy pokryciu kosztów badań wymaganych opisem programu, a jego wysokość jest przypisana do konkretnego programu; w części programów odrębnie wyceniony jest pierwszy rok oraz drugi i kolejne lata terapii, co ma szczególne znaczenie m.in. w SMA, ataksji Friedreicha czy stwardnieniu zanikowym bocznym. Od 1 lipca 2026 r. NFZ wprowadził również katalog badań kosztochłonnych 2L, jednak dotyczy on programów onkologicznych i hematoonkologicznych. W konsekwencji w wymienionych programach neurologicznych badania wymagane dla kwalifikacji i monitorowania leczenia są nadal co do zasady finansowane w ramach właściwego ryczałtu diagnostycznego 1L, a nie jako odrębne badania z katalogu 2L.

Ryczałty diagnostyczne – katalog 1L

Tabela 2. Ryczałty diagnostyczne z katalogu 1L dla analizowanych neurologicznych programów lekowych.

Program	Kod świadczenia	Nazwa ryczałtu	Okres	Wartość punktowa [pkt]	Wartość [zł]
B.22	5.08.08.0000029	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Pompego	cały okres	1 973,92	3 829,40
B.23	5.08.08.0000302	Diagnostyka – choroba Gauchera typu I oraz typu III – 1 rok terapii	1 rok	2 747,12	5 329,41
	5.08.08.0000303	Diagnostyka – choroba Gauchera typu I oraz typu III – 2 i kolejny rok terapii	2 i kolejny	1 089,88	2 114,37
B.24	5.08.08.0000031	Diagnostyka w programie leczenia choroby Hurlera	cały okres	1 297,92	2 517,96
B.25	5.08.08.0000032	Diagnostyka – mukopolisacharydoza typu II	cały okres	2 487,68	4 826,10
B.28	5.08.08.0000035	Diagnostyka – dystonie ogniskowe i połowiczy kurcz twarzy	cały okres	324,48	629,49
B.29	5.08.08.0000036	Diagnostyka – stwardnienie rozsiane	cały okres	1 671,00	3 241,74
B.30	–	brak pozycji w katalogu ryczałtów za diagnostykę	–	–	–
B.57	–	brak pozycji w katalogu ryczałtów za diagnostykę	–	–	–
B.67	5.08.08.0000075	Diagnostyka – leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	cały okres	1 406,08	2 727,80
B.90	5.08.08.0000099	Diagnostyka – zaawansowana ch. Parkinsona – 1 rok leczenia	1 rok	1 066,40	2 068,82

Program	Kod świadczenia	Nazwa ryczałtu	Okres	Wartość punktowa	Wartość [zł]
	5.08.08.0000201	Diagnostyka – zaawansowana ch. Parkinsona – 2 i kolejny rok	2 i kolejny	307,00	595,58
B.102.FM	5.08.08.0000125	Diagnostyka – rdzeniowy zanik mięśni – 1 rok terapii	1 rok	1 200,00	2 328,00
	5.08.08.0000126	Diagnostyka – rdzeniowy zanik mięśni – 2 i kolejny rok terapii	2 i kolejny	600,00	1 164,00
B.104	5.08.08.0000129	Diagnostyka – choroba Fabry’ego	cały okres	2 493,00	4 836,42
B.121	5.08.08.0000162	Diagnostyka – zespół miasteniczny Lamberta-Eatona – 1 rok terapii	1 rok	1 552,80	3 012,43
	5.08.08.0000163	Diagnostyka – zespół miasteniczny Lamberta-Eatona – 2 i kolejny rok	2 i kolejny	266,00	516,04
B.123	5.08.08.0000159	Diagnostyka – choroba Wilsona – 1 rok terapii	1 rok	1 572,50	3 050,65
	5.08.08.0000160	Diagnostyka – choroba Wilsona – 2 i kolejny rok terapii	2 i kolejny	568,50	1 102,89
B.133	–	brak pozycji w katalogu ryczałtów za diagnostykę	–	–	–
B.138.FM	5.08.08.0000188	Diagnostyka – NMOSD – 1 rok terapii	1 rok	2 331,70	4 523,50
	5.08.08.0000189	Diagnostyka – NMOSD – 2 i kolejny rok terapii	2 i kolejny	934,50	1 812,93
B.153	5.08.08.0000235	Diagnostyka – padaczka w przebiegu stwardnienia guzowatego	cały okres	375,00	727,50
B.154.FM	5.08.08.0000236	Diagnostyka – zespół Lennox-Gastauta lub zespół Dravet	cały okres	375,00	727,50
B.157	5.08.08.0000249	Diagnostyka – miastenia (rytuksymab) – 1 rok terapii	1 rok	2 025,00	3 928,50
	5.08.08.0000250	Diagnostyka – miastenia (rytuksymab) – 2 i kolejny rok	2 i kolejny	610,00	1 183,40
	5.08.08.0000251	Diagnostyka – miastenia (efgartigimod alfa) – 1 rok terapii	1 rok	975,00	1 891,50
	5.08.08.0000252	Diagnostyka – miastenia (efgartigimod alfa) – 2 i kolejny rok	2 i kolejny	900,00	1 746,00
	5.08.08.0000279	Diagnostyka – miastenia (rawulizumab) – 1 rok terapii	1 rok	600,00	1 164,00
	5.08.08.0000280	Diagnostyka – miastenia (rawulizumab) – 2 i kolejny rok	2 i kolejny	450,00	873,00
	5.08.08.0000355	Diagnostyka – miastenia (rozanoliksyzumab) – 1 rok terapii	1 rok	600,00	1 164,00
	5.08.08.0000356	Diagnostyka – miastenia (rozanoliksyzumab) – 2 i kolejny rok	2 i kolejny	675,00	1 309,50
B.170	5.08.08.0000298	Diagnostyka – polineuropatia w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtretynowej	cały okres	1 141,80	2 215,09

Program	Kod świadczenia	Nazwa ryczału	Okres	Wartość punktowa	Wartość [zł]
B.174	5.08.08.0000314	Diagnostyka – ataksja Friedreicha – 1 rok terapii	1 rok	964,00	1 870,16
B.176	5.08.08.0000315	Diagnostyka – ataksja Friedreicha – 2 i kolejny rok terapii	2 i kolejny	579,00	1 123,26
B.22	5.08.08.0000330	Diagnostyka – stwardnienie zanikowe boczne – 1 rok terapii	1 rok	2 311,00	4 483,34
B.23	5.08.08.0000331	Diagnostyka – stwardnienie zanikowe boczne – 2 i kolejny rok	2 i kolejny	1 547,00	3 001,18

Ryczałt jest produktem finansującym uśredniony koszt badań wymaganych przy kwalifikacji i w trakcie realizacji programu lekowego, wykonywanych u świadczeniobiorcy objętego tym programem w danym roku kalendarzowym, z wyłączeniem badań genetycznych wykonywanych w trakcie kwalifikacji. Ryczałt nie odzwierciedla kosztu konkretnego chorego, lecz średnią populacji, dla której go wyliczono. Ośrodek referencyjny, prowadzący chorych o cięższym przebiegu i szerszym panelu badań, dopłaca do każdego takiego chorego dokładnie tyle, o ile jego przypadek odbiega od średniej – i nie ma mechanizmu, który by tę różnicę wyrównywał. Warto dodać, że w perspektywie ostatnich trzech lat (porównanie stanu ze stycznia 2024 r. (zarządzenie 7/2024/DGL), października 2025 r. (87/2025/DGL) oraz lipca 2026 r. (75/2026/DGL) żaden ryczałt diagnostyczny dla programu neurologicznego istniejącego przed 2025 rokiem nie został podniesiony, mimo znaczącego realnego rynkowego wzrostu kosztów diagnostyki.

Ryczałt jest **roczny i niepodzielny co do zasady**. Rozliczenie proporcjonalne jest możliwe, ale nigdy ponad kwotę katalogową. Rozliczenie ryczałtem następuje w całości nie częściej niż raz w roku kalendarzowym albo w częściach wykonanych, proporcjonalnie do liczby miesięcy leczenia, po upływie danego okresu. Gdy całość terapii trwa krócej niż 12 miesięcy, rozliczenie może być dokonane tylko raz po zakończeniu terapii i nie jest zmniejszane proporcjonalnie – z wyjątkiem wyłączenia pacjenta z programu albo zgonu. Wyłączenie z programu w trakcie roku uruchamia jednak proporcjonalne zmniejszenie – ryzyko istotne w programach o wysokim odsetku przerw terapii. Wyłączenie badań genetycznych wykonywanych przy kwalifikacji jest jedynym elementem tej konstrukcji działającym na korzyść świadczeniodawcy i ma znaczenie wyłącznie dla programów chorób, w których rozpoznanie opiera się na badaniu molekularnym – B.22, B.23, B.24, B.25, B.102.FM, B.104, B.123, B.170 i B.174. W pozostałych programach neurologicznych wyłączenie to pozostaje bez wpływu na ryczałt diagnostyczny.

Z punktu widzenia prawidłowego rozliczenia kluczowa jest zatem zgodność czterech elementów: spełnienia kryteriów programu, rzeczywistego podania lub wydania leku, zastosowania właściwego produktu świadczeniowego oraz wykonania i udokumentowania diagnostyki wymaganej przez aktualny opis programu.

Opisane wyżej katalogi tworzą trzy niezależne strumienie, które sumują się w rachunku ośrodka, ale rządzą się odrębnymi regułami i odrębnie reagują na decyzje organizacyjne. Strumień lekowy jest w tym układzie pozycją przechodnią: ośrodek finansuje zakup leku z własnych środków i odzyskuje go w rozliczeniu, a waga punktowa jednostki leku wynosi z definicji 1 zł, więc marża na leku nie powstaje. Ośrodek nie zarabia na leku ani nie traci – dopóki dawka mieści się w wielokrotności opakowania i dopóki cena zakupu nie przekracza limitu finansowania. Niewykorzystana część leku bowiem nie podlega rozliczeniu, o ile przepisy nie stanowią inaczej. Oba te zastrzeżenia są realnym ryzykiem finansowym.

Analiza rentowności programu lekowego jest zatem w istocie analizą liczby i trybu kontaktów oraz relacji ryczałtu do kosztu koszyka diagnostycznego. Wszystko, co dotyczy leku, jest dla wyniku neutralne albo stanowi ryzyko, a nigdy szansę.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż w przypadku programów neurologicznych nie ma zastosowania zasada współczynników korygujących (§ 27 zarządzenia) – gdy koszt każdej rozliczonej jednostki danej substancji czynnej nie przekracza progu wskazanego w katalogu współczynników, wartość produktu z katalogu ryczałtów albo świadczenia z katalogu świadczeń korygowana jest współczynnikiem określonym w załączniku nr 5 o wartości od 1,17 do 2,00. Mechanizm ten zasługuje na opis, mimo że neurologii nie obejmuje, ponieważ jest jedynym w całym zarządzeniu narzędziem premiującym wybór technologii. Mechanizm nagradzający ośrodek za stosowanie tańszych odpowiedników – działający w reumatologii, dermatologii i gastroenterologii – **w neurologii nie istnieje**, mimo że w B.29 dostępnych jest szesnaście substancji czynnych o bardzo zróżnicowanym koszcie jednostkowym, a w B.157 – cztery. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że obwieszczenie refundacyjne ogłaszane jest w cyklu kwartalnym: kolejne wykazy wchodzi w życie 1 stycznia, 1 kwietnia, 1 lipca i 1 października. Na dzień, na który ustalono stan prawny niniejszego opracowania, obowiązuje obwieszczenie z 17 czerwca 2026 r. w sprawie wykazu na 1 lipca 2026 r., wraz ze sprostowaniem oraz obwieszczeniem zmieniającym; kolejny wykaz wchodzi w życie 1 października 2026 r. Zarządzenie Prezesa Funduszu nie ma takiego rytmu – wydawane jest wtedy, gdy Fundusz uzna to za potrzebne.

Daty bieżącego cyklu ilustrują tę asymetrię dokładnie. Wykaz obowiązujący od 1 lipca 2026 r. podpisano 17 czerwca 2026 r. Zarządzenie 75/2026/DGL, które ma go obsługiwać od strony finansowej, podpisano 23 lipca 2026 r., a więc pięć tygodni po wejściu wykazu w życie, z mocą stosowania do świadczeń udzielanych od 1 lipca 2026 r. (§ 37). Przez te pięć tygodni świadczeniodawca realizował obowiązki wynikające z nowego opisu programu, nie znając ostatecznej treści katalogu, według którego zostaną one rozliczone.

Wymiar proceduralny jest tu jednak mniej istotny od materialnego. Rozszerzenie opisu programu – dopisanie substancji czynnej, dodanie badania do panelu monitorowania, skrócenie odstępu między kontrolami – jest zmianą, którą Minister Zdrowia może wprowadzić w każdym kwartale, w ramach zwykłego cyklu refundacyjnego. Podniesienie ryczałtu, który tę zmianę ma sfinansować, wymaga odrębnej decyzji Prezesa Funduszu, a jeżeli ma być oparte na taryfie – także postępowania taryfikacyjnego Agencji. Między jednym a drugim nie istnieje żaden mechanizm wiążący: ani termin, ani obowiązek przeglądu, ani automatyczna waloryzacja stawek.

Konsekwencje tej konstrukcji widać w wielu programach, w tym np. w B.29, gdzie ryczałt wynosi 1 671,00 pkt na cały okres leczenia i pozostaje niezmienny od co najmniej trzech lat, podczas gdy opis programu obejmuje dziś szesnaście substancji czynnych o rozpiętości kosztu monitorowania sięgającej uśrednionej wartości 1 350,00 zł rocznie na chorego. Każda kolejna substancja dopisana do opisu rozszerza panel badań, nie zmieniając kwoty, z której panel ten ma być sfinansowany. W B.157 z kolei zastosowano rozwiązanie odwrotne – ryczałt różnicowany według substancji czynnej, w ośmiu pozycjach uzależnionych od czasu trwania terapii. Oceniając rentowność programu, nie należy pytać wyłącznie o wysokość ryczałtu w załączniku nr 1L. Należy zestawiać dwa dokumenty – aktualny opis programu z obwieszczenia oraz aktualny załącznik nr 1L – i porównać daty ich ostatnich zmian.

Program, w którym opis zmieniał się w ostatnich dwóch latach, a ryczałt nie, jest zwykłym programem z narastającym niedoszacowaniem.

Zakazy i dopuszczenia w zakresie łączenia i rozliczania świadczeń

Łączne rozliczanie substancji czynnych z katalogu leków lub katalogu refundowanych substancji czynnych w programach lekowych lub świadczeń z katalogu ryczałów jest możliwe wyłącznie w przypadkach uzasadnionych medycznie ze świadczeniami zawartymi w:

- a) katalogu grup określonym w załączniku nr 1a,
- b) katalogu produktów odrębnych określonym w załączniku nr 1b,
- c) katalogu produktów do sumowania określonym w załączniku nr 1c,
- d) katalogu radioterapii określonym w załączniku nr 1d,
- e) katalogu produktów wysokospecjalistycznych oraz operacji wad serca i aorty piersiowej określonym w załączniku nr 1w
- f) w katalogu zakresów świadczeń określonym w załączniku nr 1 do zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- g) katalogu produktów sprawozdawczych w zakresie świadczenia opieki zdrowotnej w centrum zdrowia psychicznego określonym w załączniku nr 3,
- h) katalogu produktów rozliczeniowych w zakresie świadczenia opieki zdrowotnej w centrum zdrowia psychicznego określonym w załączniku nr 4.

Dodatkowe reguły sprawozdawcze:

- substancje czynne z katalogu leków rozliczane są łącznie ze świadczeniami z katalogu świadczeń oraz z produktami z katalogu ryczałów. To reguła podstawowa: lek i świadczenie idą razem.
- niedopuszczalne jest łączne rozliczanie świadczeń z katalogu świadczeń ze świadczeniami z katalogu grup JGP (zał. 1a), katalogu produktów odrębnych (zał. 1b) oraz katalogu produktów wysokospecjalistycznych (zał. 1w).
- niedopuszczalne jest łączne rozliczanie świadczeń w rodzaju programy lekowe ze świadczeniami w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w tym z ambulatoryjnymi świadczeniami diagnostycznymi kosztochłonnymi.
- gdy u pacjenta stosowane są jednocześnie leki z katalogu programów lekowych i leki z katalogu chemioterapii, rozliczeniu podlegają wyłącznie świadczenia z katalogu świadczeń programów lekowych.

Inne szczegółowe zasady nie znajdują zastosowania w programach neurologicznych.

Najważniejsze problemy praktyczne po stronie świadczeniodawców

Formalne objęcie leku refundacją nie zawsze jest równoznaczne z natychmiastową i równomierną dostępnością terapii w całym kraju. Funkcjonowanie programów wymaga bowiem jednoczesnego zapewnienia środków na zakup leków, finansowania świadczeń towarzyszących, dostępności personelu i diagnostyki, odpowiedniego kontraktu oraz sprawnej obsługi sprawozdawczej.

W dyskusji prowadzonej w 2026 r. przez Komisję Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich zwracano uwagę m.in. na wydłużające się kolejki do programów lekowych, ograniczanie kwalifikacji nowych pacjentów, nierówności regionalne, brak stabilności finansowania, niedoszacowanie części świadczeń towarzyszących, długość procesów kontraktowania oraz przenoszenie części ryzyka

finansowego na szpitalu. Według danych przywołanych podczas posiedzenia Komisji, w marcu 2026 r. oficjalnie na włączenie do programów oczekiwało około 9 tys. pacjentów. Poza organizacyjnymi, w ostatnim czasie zaczynają mieć znaczenie przesłanki finansowe.

Limity i poziom finansowania

Jednym z podstawowych problemów organizacyjnych jest relacja pomiędzy liczbą pacjentów spełniających kryteria programu a wartością finansowania zakontraktowanego przez NFZ.

Program lekowy jako świadczenie gwarantowane tworzy merytoryczną możliwość leczenia pacjenta, jednak na poziomie świadczeniodawcy konieczne jest równocześnie zapewnienie finansowania pozwalającego na zakup bardzo kosztownych produktów i realizację wszystkich świadczeń związanych z terapią. W przypadku szybkiego wzrostu populacji leczonej, rozszerzenia kryteriów programu lub wprowadzenia nowej terapii może dochodzić do rozbieżności pomiędzy rzeczywistym zapotrzebowaniem a pierwotnie określonym poziomem umowy.

Zasady finansowania świadczeń wykonanych ponad wartość umowy z NFZ w ramach programów lekowych różnią się w zależności od wieku pacjenta. W przypadku świadczeń udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia przepisy przewidują obowiązek dostosowania kwoty zobowiązania NFZ do rzeczywistego wykonania umowy, co w praktyce nadaje tym świadczeniom charakter nielimitowany, przy zachowaniu wszystkich warunków kwalifikacji, sprawozdawczości i rozliczalności właściwych dla danego programu lekowego. Mechanizm ten jest powiązany z finansowaniem ze środków Funduszu Medycznego. Odmiennie kształtuje się sytuacja pacjentów dorosłych, w przypadku których świadczenia wykonane ponad limit umowy co do zasady nie stanowią automatycznie zobowiązań NFZ, a ich sfinansowanie wymaga zwiększenia wartości umowy, zawarcia aneksu albo zastosowania trybu dotyczącego świadczeń ponadlimitowych, uzależnionego m.in. od dostępności środków w planie finansowym Funduszu.

Programy lekowe obejmują leczenie ciężkich, przewlekłych, postępujących, a często także bezpośrednio zagrażających życiu chorób. Przerwanie albo odroczenie terapii z przyczyn finansowych mogłoby prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia pacjentów, utraty dotychczasowych efektów leczenia, wystąpienia nieodwracalnych powikłań oraz konieczności zastosowania bardziej kosztownych form hospitalizacji i dalszego leczenia.

Przy terapiach o bardzo wysokim jednostkowym koszcie oraz dużej liczbie pacjentów nawet krótkotrwałe przesunięcie finansowania lub realizacja przekraczająca wartość bieżącej umowy może powodować istotne zaangażowanie własnych środków obrotowych świadczeniodawcy.

Z punktu widzenia prawidłowego funkcjonowania systemu konieczne jest zatem bieżące finansowanie rzeczywistego poziomu realizacji umów w ramach programów lekowych. Powyższe jest tematem wniosków i rozmów prowadzonych z Płatnikiem od wielu lat. Zapewnienie bieżącego finansowania pełnego poziomu realizacji umów jest absolutnie niezbędne dla zagwarantowania stabilności finansowej placówek medycznych. Brak bieżącego finansowania świadczeń wykonanych ponad wartość określoną w umowie prowadzi bowiem do utraty płynności finansowej oraz obciąża świadczeniodawców dodatkowymi kosztami, których ponoszenie nie wynika z nieprawidłowego zarządzania placówką, lecz z konieczności kontynuowania leczenia pacjentów mimo niedostatecznego zabezpieczenia środków przez płatnika.

Finansowanie świadczeń towarzyszących

Koszt realizacji programu nie ogranicza się do ceny produktu leczniczego. Obejmuje również pracę lekarzy, pielęgniarek i farmaceutów, przygotowanie i podanie leku, diagnostykę, badania obrazowe i laboratoryjne, obsługę administracyjną oraz sprawozdawczą.

Dlatego właściwa wycena świadczeń towarzyszących jest jednym z kluczowych warunków stabilności systemu. Przeprowadzona przez AOTMiT w 2026 r. taryfikacja ryczałtów diagnostycznych w onkologicznych programach lekowych pokazuje, że poziom finansowania tego elementu programu wymaga okresowej aktualizacji i dostosowywania do rzeczywistych kosztów.

Obciążenie sprawozdawcze

Świadczeniodawca jest zobowiązany do prowadzenia równolegle dokumentacji medycznej, SMPT, sprawozdawczości świadczeń oraz ewidencji związanej z gospodarką lekową i rozliczeniami. Niezgodność danych między tymi systemami może skutkować problemami z fakturowaniem wykonanych świadczeń.

Dynamika zmian

Programy lekowe są regularnie rozszerzane i modyfikowane – pojawiają się nowe substancje, wskazania, kryteria kliniczne i sposoby finansowania. Z punktu widzenia pacjenta jest to zjawisko korzystne, ponieważ poszerza dostęp do innowacyjnych terapii. Dla świadczeniodawcy oznacza jednak konieczność ciągłego dostosowywania procedur klinicznych, organizacyjnych, aptecznych, informatycznych oraz rozliczeniowych.

Istotne znaczenie ma więc koordynacja czasowa pomiędzy decyzją refundacyjną Ministra Zdrowia, publikacją nowego programu, dostosowaniem systemów informatycznych NFZ, zmianą umowy ze świadczeniodawcą oraz możliwością faktycznego rozpoczęcia leczenia pacjentów.

2.2 ANALIZA RENTOWNOŚCI DWÓCH WYBRANYCH PROGRAMÓW LEKOWYCH – B.90 I B.157

Do pogłębionej analizy wyodrębniono dwa programy lekowe w neurologii – program B.90. Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona i B.157. Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii, ponieważ reprezentują dwa przeciwstawne rozwiązania tego samego problemu konstrukcyjnego: jak sfinansować program lekowy, w którym chorzy prowadzeni są na technologiach o różnym obciążeniu organizacyjnym. B.90 rozwiązuje go jednym ryczałtem dwupoziomym dla czterech technologii, B.157 – ośmioma pozycjami różnicowanymi według substancji czynnej. Programy różnią się przy tym gęstością kontaktów.

Analiza ekonomiczna kosztów i rentowności realizacji programów lekowych jest zadaniem trudnym i złożonym. Ostateczny wynik ekonomiczny w istotnym stopniu zależy również od przyjętego przez świadczeniodawcę modelu organizacji opieki nad pacjentem, w tym liczby i rodzaju wizyt, sposobu angażowania poszczególnych grup personelu, trybu udzielania świadczeń oraz organizacji procesu kwalifikacji i monitorowania leczenia. Model ten nie jest w pełni i jednolicie narzucony przez NFZ, dlatego przy zachowaniu wymogów programu lekowego oraz obowiązujących przepisów może być odmiennie organizowany w poszczególnych szpitalach. W konsekwencji ten sam program lekowy może charakteryzować się różnym poziomem kosztów rzeczywistych i odmienną rentownością w zależności od organizacji procesu udzielania świadczeń, realizacji świadczeń własnym potencjałem lub przy udziale podwykonawców.

Warto zaznaczyć, że w poniższej analizie pominięto koszty pośrednie, tj. **zarząd, utrzymanie powierzchni, amortyzację infrastruktury, koszty ogólnoszpitalne**, ponieważ celem analizy jest ocena **bezpośredniej rentowności realizacji programu**, tj. relacji między przychodem z NFZ a kosztami faktycznie generowanymi przez kwalifikację, diagnostykę, monitorowanie i obsługę pacjenta. Koszty zarządu, utrzymania powierzchni, infrastruktury czy koszty ogólnoszpitalne są bardzo zróżnicowane (zwykle od 10% do 25% kosztów świadczenia), zatem ich niewłaściwe zastosowanie mogłoby zacięrać rzeczywisty wpływ wyceny NFZ na wynik programu.

Z analizy wykluczono również koszty leków, ponieważ są finansowane przez NFZ w odrębnym strumieniu rozliczeniowym i co do zasady mają charakter kosztu przechodniego, neutralnego dla marży generowanej przez realizację świadczeń w programie z wyjątkiem strat związanych z przekroczeniem limitu finansowania lub powstania niewykorzystanych resztek leków, które trudno oszacować zwłaszcza w przypadku leków dawkowanych w przeliczeniu na kg masy ciała.

Kluczowym założeniem konstrukcyjnym poniższej analizy jest rozdzielenie strumieni. Program może mieć dodatnią marżę na diagnostyce i jednocześnie generować stratę na wizytach – albo odwrotnie. Zagregowanie tych strumieni ukryłoby oba zjawiska.

Dla produktów świadczeniowych i diagnostyki wartość punktowa jest przemnażana przez cenę punktu ustaloną na dzień sporządzenia raportu, tj. 1,94 zł.

Ceny badań diagnostycznych określono na poziomie wartości uśrednionej, a nie ceny konkretnego laboratorium. Docelowo należy je zastąpić cennikiem wewnętrznym ośrodka. Z uwagi na fakt, iż część badań jest obligatoryjna a część fakultatywna, przyjęto uśrednione wartości pakietów.

Dla uproszczenia, w przypadku hospitalizacji w programie, wartość świadczeń obliczano jako krotność osobodnia z wartością świadczenia 5.08.07.00000003 – hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu. Obecnie wycena osobodnia hospitalizacji i hospitalizacji jednodniowej jest różna (5.08.07.00000001 wartość **497,90 pkt**, podczas gdy hospitalizacja jednodniowa 5.08.07.00000003 pozostała na poziomie **486,72 pkt**). Co istotne, podwyższenie wyceny **nie było klasyczną retaryfikacją kosztów samego programu lekowego**. Wynikało z implementacji **standardu żywienia szpitalnego**. NFZ wprost wskazał, że podwyższenie wartości dla hospitalizacji ustalono na podstawie raportu AOTMiT dotyczącego kosztu wdrożenia standardu żywienia. Hospitalizacja jednodniowa nie została objęta tym zwiększeniem, jednak na potrzeby tej analizy, nie doprecyzowano kosztów żywienia.

Rozpiętość wynagrodzeń personelu oraz zmienna struktura form zatrudnienia są kolejnym parametrem, który może różnić świadczeniodawców. W obecnym raporcie przyjęto dwa modele wynagrodzeń:

- a) **Model A – wynagrodzenia etatowe** oparte o poziom minimalnego wynagrodzenia zasadniczego w podmiotach leczniczych obowiązujące od 1 lipca 2026 r.
- b) **Model B – benchmarking rynkowych stawek kontraktowych w szpitalach** w 2026 r.

Wynagrodzenia w obu modelach przyjęto następująco:

Tabela 3. Koszt pracy personelu przyjęty w modelu A (wynagrodzenia etatowe) i modelu B (benchmarking rynkowy).

Zawód	Koszt pracodawcy/h	
	Wariant A	Wariant B
Lekarz specjalista	97,21 zł	200,00 zł
Pielęgniarka magister	68,38 zł	100,00 zł
Psycholog	68,38 zł	80,00 zł
Fizjoterapeuta	86,49 zł	90,00 zł
Koordinator programu /pracownik obsługujący SMPT	51,00 zł	51,00 zł
Magister farmacji	66,59 zł	71,55 zł

Dla poszczególnych typów świadczeń w obu programach zaproponowano następującą strukturę czasu i kosztów.

Tabela 4. Założona struktura czasu pracy, materiałów i kosztów dla poszczególnych typów świadczeń.

Czynność	Struktura czasu i materiałów	Koszt A	Koszt B
Standardowa wizyta ambulatoryjna/monitoring z wydaniem leku	lekarz 30 min + pielęgniarka 15 min + SMPT 7 min + materiały 8,00 zł	79,65 zł	138,95 zł
Wizyta rozszerzona (skale, ocena funkcji)	lekarz 40 min + pielęgniarka 15 min + SMPT 10 min + materiały 8,00 zł	98,40 zł	174,83 zł
Kwalifikacja do programu	lekarz 45 min + pielęgniarka 15 min + SMPT 15 min + materiały 10,00 zł	112,75 zł	197,75 zł
Kwalifikacja z wnioskiem do zespołu koordynacyjnego	lekarz 60 min + pielęgniarka 15 min + SMPT 30 min + materiały 10,00 zł	149,81 zł	260,50 zł
Wlew krótki – do 2 godzin	lekarz 25 min + pielęgniarka 180 min + SMPT 10 min + farmaceuta 20 min + materiały 45,00 zł	205,12 zł	288,05 zł
Wlew 3–4 godziny	lekarz 20 min + pielęgniarka 90 min + SMPT 10 min + farmaceuta 15 min + materiały 45,00 zł	321,34 zł	460,68 zł
Podanie podskórne we wlewie	lekarz 20 min + pielęgniarka 45 min + SMPT 10 min + materiały i zestaw 20,00 zł	112,19 zł	170,17 zł
Osobodzień hospitalizacji programowej	lekarz 30 min + pielęgniarka 240 min + SMPT 7 min + materiały i wyżywienie 45,00 zł	373,08 zł	550,95 zł
Wydanie leku do domu	lekarz 10 min + pielęgniarka 5 min + SMPT 8 min + farmaceuta 10 min + materiały 3,00 zł	42,80 zł	63,39 zł

Pozycja wyżywienie na osobodzień odpowiada komponentowi standardu żywienia zbiorowego w zakończonym pilotażu **Dobry posiłek w szpitalu**. Wartość można zastąpić rzeczywistym kosztem posiłków w danym podmiocie.

W przypadku programu B.157 w kosztach nie ujęto wykonania szczepienia przeciw meningokokom, określonego w kryteriach kwalifikacji do leczenia rawulizumabem, gdyż szczepienie nie jest badaniem diagnostycznym i nie stanowi elementu ryczałtu. Źródło finansowania nie jest określone, zatem przyjęto, iż szczepienie jest realizowane przez lekarza podmiotu lub lekarza POZ w ramach innych typów finansowania świadczeń, a koszt szczepionki obciąża pacjenta.

2.3 B.90 LECZENIE ZABURZEŃ MOTORYCZNYCH W PRZEBIEGU ZAAWANSOWANEJ CHOROBY PARKINSONA

I. Diagnostyka w programie

Tabela 5. Koszyk kwalifikacyjny – składowe i koszt.

Badanie/czynność przy kwalifikacji	Cena jednostkowa	Koszt	Podstawa
MR mózgu bez kontrastu	450,00 zł	450,00 zł	warunkowe
Ocena neuropsychologiczna/testy poznawcze	200,00 zł	200,00 zł	obligatoryjne
Konsultacja psychiatryczna	150,00 zł	150,00 zł	warunkowe
Konsultacja logopedyczna	120,00 zł	120,00 zł	warunkowe
Konsultacja dietetyczna	120,00 zł	120,00 zł	warunkowe
EKG z opisem	50,00 zł	50,00 zł	obligatoryjne
Witamina B12	40,00 zł	40,00 zł	obligatoryjne
Morfologia krwi z rozmazem	16,00 zł	16,00 zł	obligatoryjne
ALT	12,00 zł	12,00 zł	obligatoryjne
AST	12,00 zł	12,00 zł	obligatoryjne
Kreatynina z eGFR	12,00 zł	12,00 zł	obligatoryjne
Pobranie krwi żyłnej	10,00 zł	10,00 zł	obligatoryjne

Tabela 6. Koszyk monitorowania rocznego – składowe i koszt.

Badanie/czynność przy kwalifikacji	Cena jednostkowa	Koszt	Podstawa
Kontrola/wymiana zestawu PEG-J	350,00 zł	350,00 zł	warunkowe
Obsługa i konserwacja pompy infuzyjnej	120,00 zł	240,00 zł	warunkowe
Ocena neuropsychologiczna/testy poznawcze	200,00 zł	200,00 zł	warunkowe
EKG z opisem	50,00 zł	50,00 zł	warunkowe
Witamina B12	40,00 zł	40,00 zł	obligatoryjne
Morfologia krwi z rozmazem	16,00 zł	32,00 zł	obligatoryjne

Badanie/czynność przy kwalifikacji	Cena jednostkowa	Koszt	Podstawa
ALT	12,00 zł	24,00 zł	obligatoryjne
AST	12,00 zł	24,00 zł	obligatoryjne
Kreatynina z eGFR	12,00 zł	24,00 zł	obligatoryjne
Pobranie krwi żyłnej	10,00 zł	20,00 zł	obligatoryjne

Tabela 7. Program B.90 – porównanie ryczału NFZ z kosztami kwalifikacji i monitorowania w modelach A i B.

Okres	Ryczałt NFZ	Koszt A	Saldo A	Koszt B	Saldo B	Ocena
Rok 1 – kwalifikacja i monitorowanie	2 068,82 zł	2 069,52 zł	-0,70 zł	2 116,00 zł	-47,18 zł	GRANICZNY/DEFICYTOWY
Rok 2 i kolejny – monitorowanie	595,58 zł	940,76 zł	-345,18 zł	964,00 zł	-368,42 zł	DEFICYTOWY

II Modele terapeutyczne organizacji przyjęć

Rok pierwszy – wdrożenie terapii

Tabela 8. Modele terapeutyczne organizacji przyjęć – wynik finansowy w pierwszym roku terapii.

Model	Składowe roku 1	Przychód [zł]	Koszt A [zł]	Saldo A [zł]	Koszt B [zł]	Saldo B [zł]	Ocena
M1 – lewodopa + karbidopa, żel dojelitowy (PEG-J)	7 osobodni hospitalizacji (założenie PEG-J, titracja) + kwalifikacja + 4 przyjęcia ambulatoryjne	8 256,55	3 154,97	5 101,58	4 816,47	3 440,08	KORZYSTNY
M2 – apomorfina, ciągły wlew podskórny	3 osobodni hospitalizacji titracyjnej + kwalifikacja + 4 przyjęcia ambulatoryjne	4 392,83	1 662,65	2 730,18	2 612,67	1 780,16	KORZYSTNY
M3 – foslewodopa + foskarbidopa, ciągły wlew podskórny 24 h	3 osobodni hospitalizacji titracyjnej + kwalifikacja + 4 przyjęcia ambulatoryjne	4 392,83	1 662,65	2 730,18	2 612,67	1 780,16	KORZYSTNY

Model	Składowe roku 1	Przychód [zł]	Koszt A [zł]	Saldo A [zł]	Koszt B [zł]	Saldo B [zł]	Ocena
M4 – lewodopa + karbidopa + entakapon, terapia doustna	kwalifikacja + 4 przyjęcia ambulatoryjne	1 495,04	543,41	951,63	959,82	535,22	KORZYSTNY

Rok drugi i kolejny – terapia ustabilizowana

Tabela 9. Modele terapeutyczne organizacji przyjęć – wynik finansowy w drugim i kolejnych latach terapii.

Model	Składowe roku 2+	Przychód [zł]	Koszt A [zł]	Saldo A [zł]	Koszt B [zł]	Saldo B [zł]	Ocena
M1 – żel dojelitowy (PEG-J)	4 przyjęcia ambulatoryjne + 1 hospitalizacja jednodniowa (wymiana zestawu)	1 783,56	598,72	1 184,84	987,37	796,19	KORZYSTNY
M2 – apomorfina	4 przyjęcia ambulatoryjne	839,32	393,60	445,72	699,32	140,00	KORZYSTNY
M3 – foslewodopa + foskarbidopa	6 przyjęć ambulatoryjnych (kontrola miejsca wkłucia)	1 258,98	590,40	668,58	1 048,98	210,00	KORZYSTNY
M4 – terapia doustna	4 przyjęcia ambulatoryjne	839,32	393,60	445,72	699,32	140,00	KORZYSTNY

Wynik łączny B.90 – diagnostyka i świadczenia

Rok pierwszy

Tabela 10. Program B.90 – łączny wynik diagnostyki i świadczeń w pierwszym roku terapii.

Model	Technologia	Przychód	Saldo A	Saldo B	Ocena
M1	lewodopa + karbidopa, żel dojelitowy (PEG-J)	10 325,37 zł	5 100,88 zł	3 392,90 zł	KORZYSTNY
M2	apomorfina, ciągły wlew podskórny	6 461,65 zł	2 729,48 zł	1 732,98 zł	KORZYSTNY
M3	foslewodopa + foskarbidopa, ciągły wlew podskórny 24 h	6 461,65 zł	2 729,48 zł	1 732,98 zł	KORZYSTNY
M4	lewodopa + karbidopa + entakapon, terapia doustna	3 563,86 zł	950,93 zł	488,04 zł	KORZYSTNY

Rok drugi i kolejny

Tabela 11. Program B.90 – łączny wynik diagnostyki i świadczeń w drugim i kolejnych latach terapii.

Model	Technologia	Przychód	Saldo A	Saldo B	Ocena
M1	lewodopa + karbidopa, żel dojelitowy (PEG-J)	2 379,14 zł	839,66 zł	427,77 zł	KORZYSTNY
M2	apomorfina, ciągły wlew podskórny	1 434,90 zł	100,54 zł	-228,42 zł	DEFICYTOWY
M3	foslewodopa + foskarbidopa, ciągły wlew podskórny 24 h	1 854,56 zł	323,40 zł	-158,42 zł	DEFICYTOWY
M4	lewodopa + karbidopa + entakapon, terapia doustna	1 434,90 zł	100,54 zł	-228,42 zł	DEFICYTOWY

Wnioski:

- W opisanej analizie program nie przynosi straty w pierwszym roku terapii, jednak w drugim i kolejnych latach wyłącznie przy przyjęciu minimalnych wynagrodzeń personelu program nie przynosi straty.
- Podstawową przyczyną problemu jest zbyt niski ryczałt diagnostyczny, co jest widoczne zwłaszcza w drugim i kolejnych latach terapii. Spadek między rokiem pierwszym a drugim wynosi 71% i jest najgłębszy w całym katalogu 1l dla neurologii. Założenie stojące za takim spadkiem – że po pierwszym roku nadzór diagnostyczny maleje – jest sprzeczne z naturą choroby postępującej.
- Przy ocenie rentowności świadczeń pobytowych zaznaczyć należy, iż w wielu podmiotach leczniczych mediana wynagrodzeń, zwłaszcza w segmencie wynagrodzeń lekarskich znacząco przekracza poziom wynagrodzeń minimalnych, co tym bardziej pogłębia ujemne saldo programów.
- Dodatkowo w analizie nie ujęto również wartości kosztów pośrednich, które co prawda różnią się w zależności od stopnia zaangażowania infrastruktury w podmiotach, ale stanowią wartość zwiększającą znacząco koszt udzielonego świadczenia.

2.4 B.157 LECZENIE CHORYCH Z UOGÓLNIONĄ POSTACIĄ MIASTENII**I. Diagnostyka w programie – cztery ryczałty wobec jednego koszyka kwalifikacyjnego**

W programie B.157 Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii finansowanie diagnostyki jest bardziej zróżnicowane niż w B.90.

B.157 przewiduje cztery odrębne ryczałty diagnostyczne, których zastosowanie zależy od rodzaju prowadzonej terapii, a nie od długości czasu leczenia w programie.

Tabela 12. Koszyk kwalifikacyjny – składowe i koszt.

Badanie/czynność przy kwalifikacji	Cena jednostkowa	Podstawa
TK klatki piersiowej	400,00 zł	obligatoryjne
Badanie przewodnictwa nerwowego (ENG)	200,00 zł	obligatoryjne
Przeciwciała anty-MuSK	190,00 zł	warunkowe
EMG (jeden obszar)	180,00 zł	obligatoryjne
Przeciwciała anty-AChR	150,00 zł	obligatoryjne
Immunoglobuliny IgG/IgA/IgM (panel)	120,00 zł	obligatoryjne
Spirometria	60,00 zł	obligatoryjne
EKG z opisem	50,00 zł	warunkowe
Anty-HCV	35,00 zł	obligatoryjne
Anty-HIV	35,00 zł	obligatoryjne
HBsAg	28,00 zł	obligatoryjne
TSH	25,00 zł	obligatoryjne
Morfologia krwi z rozmazem	16,00 zł	obligatoryjne
ALT	12,00 zł	obligatoryjne
Kreatynina z eGFR	12,00 zł	obligatoryjne
Pobranie krwi żyłnej	10,00 zł	obligatoryjne

Tabela 13. Koszyk monitorowania rocznego – składowe i koszt.

Badanie/ czynność przy kwalifikacji	Cena jednostkowa	Podstawa
Immunoglobuliny IgG/IgA/IgM (panel)	120,00 zł	obligatoryjne
Spirometria	60,00 zł	obligatoryjne
Morfologia krwi z rozmazem	16,00 zł	obligatoryjne
Pobranie krwi żyłnej	10,00 zł	obligatoryjne
CRP	20,00 zł	warunkowe
EKG z opisem	50,00 zł	warunkowe
ALT	12,00 zł	obligatoryjne
Kreatynina z eGFR	12,00 zł	obligatoryjne
Albumina	12,00 zł	obligatoryjne

Tabela 14. Program B.157 – roczne koszty składowych panelu monitorowania według stosowanej technologii.

Składowa panelu monitorowania	Rytuksymab	Efgartigimod alfa	Rawulizumab	Rozanoliksyzumab
Rdzeń wspólny – spirometria 2×, morfologia z rozmazem 6×, ALT 4×, kreatynina z eGFR 4×, CRP 4×, EKG 1×, pobrania krwi 8×	522,00 zł	522,00 zł	522,00 zł	522,00 zł
Panel immunoglobulin IgG/IgA/IgM	480,00 zł	480,00 zł	240,00 zł	480,00 zł
Albumina – kontrola przy blokadzie receptora FcRn	–	48,00 zł	–	48,00 zł
Ocena subpopulacji CD19 – cytometria przepływowa	360,00 zł	–	–	–
HBV-DNA – nadzór nad reaktywacją zakażenia	300,00 zł	–	–	–
RAZEM – monitorowanie roczne	1 662,00 zł	1 050,00 zł	762,00 zł	1 050,00 zł
Próg pokrycia ryczałtem	856,70 pkt	541,24 pkt	392,78 pkt	541,24 pkt

Rok pierwszy – kwalifikacja i monitorowanie

Tabela 15. Program B.157 – rentowność ryczałtów diagnostycznych w pierwszym roku terapii.

Technologia (ryczałt roku 1)	Rychałt NFZ	Koszt diagnostyki	Saldo	% ryczałtu	Ocena
Rytuksymab (2 025,00 pkt)	3 928,50 zł	3 375,00 zł	553,50 zł	14,10%	KORZYSTNY
Efgartigimod alfa (975,00 pkt)	1 891,50 zł	2 573,00 zł	-681,50 zł	-36,0%	DEFICYTOWY
Rawulizumab (600,00 pkt)	1 164,00 zł	2 985,00 zł	-1 821,00 zł	-156,4%	DEFICYTOWY
Rozanoliksyzumab (600,00 pkt)	1 164,00 zł	2 573,00 zł	-1 409,00 zł	-121,0%	DEFICYTOWY

Rok drugi i kolejny – monitorowanie

Tabela 16. Program B.157 – rentowność ryczałtów diagnostycznych w drugim i kolejnych latach terapii.

Technologia (ryczałt roku 2+)	Ryzałt NFZ	Koszt diagnostyki	Saldo	% ryczałtu	Ocena
Rytuksymab (610,00 pkt)	1 183,40 zł	1 662,00 zł	-478,60 zł	-40,4%	DEFICYTOWY
Efgartigimod alfa (900,00 pkt)	1 746,00 zł	1 050,00 zł	696,00 zł	39,90%	KORZYSTNY
Rawulizumab (450,00 pkt)	873,00 zł	762,00 zł	111,00 zł	12,70%	KORZYSTNY
Rozanoliksyzumab (675,00 pkt)	1 309,50 zł	1 050,00 zł	259,50 zł	19,80%	KORZYSTNY

II Modele terapeutyczne organizacji przyjęć

Z uwagi na sposób dawkowania efgartigimodu alfa, uzależniony od odpowiedzi klinicznej, przyjęto dwa modele (pierwszy, wskazujący na czas rozpoczęcia kolejnego cyklu leczenia 7 tygodni od pierwszego wlewu w poprzednim cyklu, co łącznie daje 24 kontakty oraz drugi, uśredniony z 16 hospitalizacjami).

Rok pierwszy

Tabela 17. Program B.157 – modele terapeutyczne i wynik finansowy w pierwszym roku terapii.

Model terapeutyczny	Składowe roku 1	Przychód [zł]	Koszt A [zł]	Saldo A [zł]	Koszt B [zł]	Saldo B [zł]	Ocena
M1 – efgartigimod alfa	16 × hospitalizacja jednodniowa + kwalifikacja	15 107,84	3 394,67	11 713,17	4 806,55	10 301,29	KORZYSTNY
M2 – efgartigimod alfa	24 × hospitalizacja jednodniowa + kwalifikacja	22 661,76	5 035,63	17 626,13	7 110,95	15 550,81	KORZYSTNY
M3 – rawulizumab	8 × hospitalizacja jednodniowa + kwalifikacja	6 609,68	1 753,71	4 855,97	2 502,15	4 107,53	KORZYSTNY
M4 – rytuksymab	4 × hospitalizacja jednodniowa + kwalifikacja	3 776,96	1 398,11	2 378,85	2 040,47	1 736,49	KORZYSTNY
M5 – rozanoliksy- zumab	4 × przyjęcie ambulatoryjne + kwalifikacja	839,32	543,41	295,91	959,82	-120,50	A KORZYSTNY B DEFICYTOWY

Rok drugi i kolejny

Tabela 18. Program B.157 – modele terapeutyczne i wynik finansowy w drugim i kolejnych latach terapii.

Model terapeutyczny	Rytm i składowe roku ustabilizowanego	Przychód [zł]	Koszt A [zł]	Saldo A [zł]	Koszt B [zł]	Saldo B [zł]	Ocena
M1 – efgartigimod alfa, 4 cykle po 4 wlewy	16 × hospitalizacja jednodniowa (486,72 pkt); wlew do 2 godzin	15 107,84	3 281,92	11 825,92	4 608,80	10 499,04	KORZYSTNY
M2 – efgartigimod alfa, 6 cykli po 4 wlewy	24 × hospitalizacja jednodniowa; wlew do 2 godzin	22 661,76	4 922,88	17 738,88	6 913,20	15 748,56	KORZYSTNY
M3 – rawulizumab, wlew co 8 tygodni	7 × hospitalizacja jednodniowa; wlew do 2 godzin	6 609,68	1 435,84	5 173,84	2 016,35	4 593,33	KORZYSTNY
M4 – rytuksymab, 2 cykle po 2 wlewy	4 × hospitalizacja jednodniowa; wlew 3–4 godziny	3 776,96	1 285,36	2 491,60	1 842,72	1 934,24	KORZYSTNY
M5 – rozanoliksyzumab, 4 cykle po 6 podań podskórnych	4 × przyjęcie ambulatoryjne (108,16 pkt)	839,32	393,60	445,72	699,32	140,00	KORZYSTNY

Wynik łączny B.157 – diagnostyka i świadczenia

Rok pierwszy

Tabela 19. Program B.157 – łączny wynik diagnostyki i świadczeń w pierwszym roku terapii.

Model	Technologia	Przychód [zł]	Saldo A [zł]	Saldo B [zł]	Ocena
M1	efgartigimod alfa, 4 cykle po 4 wlewy	17 209,17	11 241,50	9 829,62	KORZYSTNY
M2	efgartigimod alfa, 6 cykli po 4 wlewy	24 763,09	17 154,46	15 079,14	KORZYSTNY
M3	rawulizumab, wlew co 8 tygodni	8 927,75	4 189,04	3 440,60	KORZYSTNY
M4	rytuksymab, 2 cykle po 2 wlewy	7 915,29	3 142,18	2 499,82	KORZYSTNY
M5	rozanoliksyzumab, 4 cykle po 6 podań podskórnych	839,32	-1 113,09	-1 529,50	DEFICYTOWY

Rok drugi i kolejny

Tabela 20. Program B.157 – łączny wynik diagnostyki i świadczeń w drugim i kolejnych latach terapii.

Model	Technologia	Przychód [zł]	Saldo A [zł]	Saldo B [zł]	Ocena
M1	efgartigimod alfa, 4 cykle po 4 wlewy	16 853,84	12 521,92	11 195,04	KORZYSTNY
M2	efgartigimod alfa, 6 cykli po 4 wlewy	24 407,76	18 434,88	16 444,56	KORZYSTNY
M3	rawulizumab, wlew co 8 tygodni	7 482,68	5 284,84	4 704,33	KORZYSTNY
M4	rytuksymab, 2 cykle po 2 wlewy	4 960,36	2 013,00	1 455,64	KORZYSTNY
M5	rozanoliksyzumab, 4 cykle po 6 podań podskórnych	839,32	705,22	399,50	KORZYSTNY

Wnioski:

- B.157 pozostaje programem dodatnim w wariantach A i B we wszystkich modelach od 1 do 4 i w obu latach. Rentowność ta wynika zarówno z wyższej niż w przypadku przyjęcia ambulatoryjnego wyceny, jak i ze schematu dawkowania terapii w technologiach dożylnych. Każda nadwyżka jednostkowa ze świadczenia hospitalizacji mnoży się wielokrotnie, a deficyt strumienia diagnostycznego zostaje w tej masie wchłonięty. Deficyt w zakresie budżetu diagnostycznego w pierwszym roku terapii wpływa ujemnie na bilans terapii rozanoliksyzumabem w pierwszym roku leczenia. Ponieważ technologia podawana podskórnie nie ma klinicznego uzasadnienia dla trybu jednodniowego – podanie trwa krótko, nie wymaga dostępu dożylnego ani wielogodzinnej obserwacji. Ośrodek nie dysponuje tu żadną dźwignią organizacyjną.

Tryb wynika z farmakologii, a jedyny dostępny produkt pokrywa koszt podania, lecz nie pozostawia marginesu na pokrycie niedoszacowanego ryczałtu.

- W przypadku miastenii istotnym problemem są restrykcyjne i wieloelementowe kryteria kwalifikacji do programu B.157, które ograniczają dostęp do terapii wyłącznie do pacjentów spełniających ściśle określone warunki kliniczne, dotyczące m.in. rozpoznania, stopnia zaawansowania choroby, wcześniejszego leczenia oraz parametrów potwierdzających aktywność choroby. W praktyce może to prowadzić do wykluczenia części chorych, dla których wykonano już badania kwalifikacyjne.
- Istotnym problemem systemowym w realizacji programów lekowych jest brak pełnego finansowania procesu diagnostycznego u pacjentów, którzy ostatecznie nie zostają zakwalifikowani do leczenia. Kwalifikacja często wymaga wykonania szerokiego, kosztownego panelu badań laboratoryjnych, obrazowych i konsultacji specjalistycznych. W przypadku pozytywnej kwalifikacji koszty te mogą zostać pokryte w ramach właściwego ryczałtu diagnostycznego programu, natomiast w przypadku dyskwalifikacji pacjenta świadczeniodawca nie ma możliwości rozliczenia tego ryczałtu. Jednocześnie katalog świadczeń AOS nie zawsze pozwala na pełne sfinansowanie wszystkich badań wymaganych warunkami programu lekowego, a dodatkowo wprowadza to błędy formalne związane z właściwym prowadzeniem harmonogramów. W efekcie część kosztów diagnostyki kwalifikacyjnej pacjentów, którzy nie spełnią kryteriów włączenia do programu, pozostaje po stronie świadczeniodawcy, mimo że badania zostały wykonane zgodnie z wymaganiami programu i były niezbędne do podjęcia decyzji o kwalifikacji.

Podsumowanie

Analiza neurologicznych programów lekowych wskazuje, że podstawowym ryzykiem dla świadczeniodawcy jest trwałe niedoszacowanie kosztów świadczeń towarzyszących, diagnostyki i organizacji procesu terapeutycznego.

Ostateczny wynik ekonomiczny w istotnym stopniu zależy nie tylko od poziomu finansowania świadczeń przez NFZ oraz kosztów personelu, diagnostyki i materiałów medycznych, lecz również od przyjętego przez świadczeniodawcę modelu organizacji opieki nad pacjentem.

Znaczenie mają w szczególności liczba i rodzaj wizyt realizowanych w ramach kwalifikacji i monitorowania terapii, sposób angażowania poszczególnych grup personelu, czas pracy lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów, koordynatorów i innych pracowników, a także tryb udzielania świadczeń – ambulatoryjny, jednodniowy lub hospitalizacyjny. Istotne pozostają również organizacja procesu kwalifikacji do leczenia, sposób planowania i wykonywania badań diagnostycznych, częstotliwość monitorowania pacjenta, organizacja podania leku oraz zakres czynności administracyjnych związanych m.in. ze sprawozdawczością i obsługą systemów informatycznych. Nie bez znaczenia pozostaje stan kliniczny pacjenta i odpowiedź na leczenie, które to bezwzględnie kreują model opieki nad pacjentem.

Model opieki, choć jest w sposób szczegółowy zawarty w opisie programu, może podlegać modyfikacjom w zależności od stanu klinicznego pacjenta i decyzji organizacyjnych świadczeniodawcy. W konsekwencji identyczna wycena świadczeń przez NFZ może prowadzić w poszczególnych podmiotach do odmiennego wyniku finansowego.

Z tego względu ocena rentowności programu lekowego powinna uwzględniać cały rzeczywisty proces obsługi pacjenta oraz przyjęty model organizacyjny. Oznacza to również, że wyniki analizy mają w pewnym stopniu charakter modelowy i powinny być interpretowane z uwzględnieniem założeń organizacyjnych przyjętych przez danego świadczeniodawcę.

Zakres programów i związane z nim obowiązki kliniczne rosną szybciej niż mechanizmy aktualizacji ich finansowania, a ryczałty diagnostyczne w wielu programach pozostają niezmiennione mimo wzrostu rzeczywistych kosztów. Świadczeniodawca ponosi coraz większą część kosztów realizacji terapii, a dodatkowo narażony jest na ryzyko utraty płynności związane z finansowaniem świadczeń ponad wartość zawartej umowy, szczególnie w populacji dorosłych.

W konsekwencji, program, który jedynie formalnie generuje znaczący przychód z refundacji leków w umowie NFZ, może jednocześnie generować ujemną marżę na poziomie całego procesu terapeutycznego i wymagać finansowania z innych rodzajów działalności podmiotu.

Każdy program lekowy w neurologii powinien być monitorowany jako odrębna jednostka ekonomiczna, z comiesięczną analizą przychodów, pełnych kosztów, liczby i trybu kontaktów, kosztów diagnostyki, wykorzystania kontraktu oraz wartości świadczeń wykonanych ponad limit. Powyższe umożliwi identyfikację procesów generujących największe niedoszacowanie, zmianę w organizacji realizacji świadczeń w granicach dopuszczonych klinicznie i regulacyjnie oraz prowadzenie systematycznych działań wobec NFZ na rzecz zwiększenia finansowania odpowiadającego rzeczywistemu poziomowi realizacji i kosztów.

Komentarze sekcji PTN oraz przewodniczących zespołów koordynacyjnych na temat stanu obecnego i rekomendowanych zmian w funkcjonujących programach lekowych w neurologii

Potrzeby zmian w programach lekowych realizowanych przez neurologów (komentarze przedstawicieli sekcji PTN i przewodniczących zespołów koordynacyjnych) zostały opracowane wg schematu:

1. Kryteria włączenia i wyłączenia do/z programu lekowego – ew. potrzeby zmian.
2. Potrzeby diagnostyczne (diagnostyka)- kwalifikacja do programu i monitorowanie programu.
3. Potrzeby terapeutyczne (leki - nowe substancje, nowe wskazania lub nowe postaci).
4. Liczba ośrodków – czy obecna liczba ośrodków jest wystarczająca, czy są potrzeby nowych, czy jest ich za dużo.
5. Czy kontrakty są wystarczające czy wymagają zwiększenia, jeżeli tak, to o ile (% lub liczba bezwzględna).
6. Liczba koordynatorów opieki w skali Polski – czy istnieje potrzeba utworzenia funkcji koordynatora w danym programie, na jaką liczbę pacjentów w programie powinien przypadać 1 koordynator?

3.1 B.22 LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA POMPEGO prof. dr hab. n. med. Halina Sienkiewicz-Jarosz, dr n. med. Grzegorz Witkowski

Program lekowy B.22 finansuje enzymatyczną terapię zastępczą (ERT) alglukozydazą alfa i awalglukozydazą alfa u pacjentów z klasyczną postacią niemowlęcą oraz postacią późną choroby Pompego, bez ograniczenia wieku. Kwalifikację i kontynuację leczenia prowadzi Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultraradkzych, a skuteczność jest weryfikowana co 6 miesięcy. Najpilniejsze zmiany dotyczą kryteriów skuteczności i wyłączenia, zasad zmiany preparatu, zgodności dawkowania z ChPL oraz przygotowania programu na pacjentów wykrywanych w pilotażu badań przesiewowych noworodków, prowadzonym od października 2025 r. do października 2027 r.

1. Kryteria włączenia i wyłączenia z programu – proponowane zmiany

Stan obecny. Do programu kwalifikowani są pacjenci z udokumentowanym brakiem lub głębokim niedoborem aktywności kwaśnej alfa-glukozydazy (GAA) w leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach skóry, potwierdzonym badaniem molekularnym, zarówno z klasyczną postacią niemowlęcą, jak i z postacią późną. Możliwe jest również przejęcie finansowania leczenia rozpoczętego w innym trybie, jeżeli pacjent spełniał kryteria programu w chwili rozpoczęcia terapii.

Program przewiduje wyłączenie z powodu: 1) stwierdzenia braku skuteczności leczenia dokonywanej przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultraradkzych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii; 2) znacznej progresji choroby pojawiającej się pomimo leczenia, szczególnie wymagającej użycia respiratora zastępującego oddech pacjenta przez 24h/dobę przy braku stabilizacji lub poprawy w okresie

3 miesięcy; 3) wystąpienia zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) obecności poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 5) ciąży lub karmienia piersią; 6) nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą, 7) braku współpracy lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

Ocena. W chorobie przewlekłe postępującej zahamowanie lub istotne spowolnienie pogarszania się funkcji może stanowić klinicznie wartościowy efekt terapii. Wyżej wymienione kryteria wyłączenia wymagają uściślenia szczególnie w zakresie: podpunktu 2, tj. znacznej progresji choroby, szczególnie związanej ze stałym użyciem respiratora. Ocena co 6 miesięcy może służyć nadzorowi nad programem, ale decyzja o zakończeniu leczenia powinna opierać się na trendzie wielu parametrów, najlepiej 12 okresu co najmniej 12 miesięcy od rozpoczęcia terapii lub zmiany preparatu, o ile nie występuje problem bezpieczeństwa wymagający wcześniejszej decyzji. U pacjentów pozostających na przewlekłej respiratoroterapii, ERT może przynieść pewne efekty terapeutyczne, zwłaszcza w zakresie utrzymania ograniczonej autonomii chorego: 1) zachowania części funkcji opuszkowych: kontroli wydzieliny, częściowego zachowania połykania i mowy, 2) utrzymania drobnej motoryki dłoni np. przy obsłudze manipulatora wózka elektrycznego lub tabletu oraz 3) redukcji częstości epizodów dekompensacji oddechowej (gwałtownego pogorszenia parametrów wentylacji) i autonomicznej (zaburzeń układu sercowo naczyniowego związanych z gromadzeniem się glikogenu w mięśniach gładkich).

U pacjentów unieruchomionych i przewlekłe wentylowanych, u których brak jest możliwości użycia klasycznych metod oceny: testu 3-6 minutowego chodu oraz spirometrii, wskazane jest zastosowanie metod dodatkowych, np. w ocenie dysfagii – skali DOSS (Dysphagia Outcome and Severity Scale) lub bardziej zaawansowanych metod np. FEES (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing). W ocenie motoryki dystalnej np. skali MRC, Brooke Upper Extremity. Ocena kliniczna powinna być uzupełniona o powtarzalną, prowadzoną w okresie 12 miesięcy ocenę biomarkerów: poziomu przeciwciał przeciwko alfa glukozydazie oraz ewentualnie ocenie poziomu tetrasacharydu (GL4) w moczu. Narastanie nieprawidłowości w wyżej wymienionych domenach klinicznych oraz narastający/wysoki/nie ulegający redukcji w trakcie leczenia poziom biomarkerów w okresie 12 miesięcy (3 oceny co 6 miesięcy) stanowiłyby przesłankę o nieskuteczności terapii.

U pacjentów wentylowanych mechanicznie wniosek o przedłużenie terapii do Zespołu Koordynacyjnego Chorób Rzadkich powinien być złożony na podstawie konsylium (neurolog, pulmonolog, lekarz opieki paliatywnej/anestezjolog) i zawierać szczegółową ocenę przebiegu wyżej wymienionych parametrów w okresie 12 miesięcy obserwacji oraz ocenę ogólnego stanu klinicznego: liczby epizodów hospitalizacji, związanej z infekcją dróg oddechowych, dekompensacji metabolicznych itp.

Proponowane zmiany

- Zdefiniowanie skuteczności jako poprawy albo stabilizacji istotnych klinicznie funkcji, ocenianych łącznie i w odniesieniu do naturalnego przebiegu choroby. Brak skuteczności leczenia (podpunkt 1 kryterium wyłączenia z terapii) powinien zostać zdefiniowany jako brak stabilizacji lub poprawy funkcji mięśni poprzecznie prążkowanych i mięśni oddechowych w okresie dwóch lat od rozpoczęcia terapii.
- Odstąpienie od automatycznego wyłączenia na podstawie potrzeby całodobowej wentylacji; decyzja powinna uwzględniać funkcje opuszkowe, motorykę kończyn górnych, ocenę biomarkerów, częstość hospitalizacji i inne korzyści kliniczne.
- Doprecyzowanie pojęcia „znacznej progresji” oraz obowiązek uwzględnienia infekcji, hospitalizacji, zmian rehabilitacji, zaawansowania wyjątkowego i zmienności pomiaru.

- Indywidualna ocena leczenia w ciąży i podczas karmienia piersią zgodnie z aktualną ChPL i bilansem korzyści oraz ryzyka.
- Utrzymanie uproszczonego ponownego włączenia po przerwie związanej z ciążą lub laktacją oraz rozważenie analogicznej ścieżki po innych uzasadnionych przerwach niezwiązanych z nieskutecznością leczenia.

2. Potrzeby diagnostyczne i monitorowanie

Program wymaga enzymatycznego i molekularnego potwierdzenia rozpoznania. W klasycznej postaci niemowlęcej oznaczenie statusu CRIM może zostać uzupełnione po rozpoczęciu leczenia. Ocena odbywa się co 180 dni, część badań co 365 dni, a dane są gromadzone w SMPT. W postaci późnej kluczowe są powtarzalne pomiary funkcji oddechowej i ruchowej; bardziej użyteczne od spirometrii w pozycji stojącej jest porównanie FVC w pozycji siedzącej i leżącej. Wskaźnik Barthel ma ograniczoną czułość, a oznaczanie przeciwciał przeciwelekowych pozostaje nieobligatoryjne.

Proponowane zmiany

- Określenie szybkiej ścieżki potwierdzenia dodatniego wyniku przesiewu: niezwłoczne rozpoczęcie ERT u niemowląt z klasyczną postacią po potwierdzeniu rozpoznania, przy równoległym oznaczaniu CRIM, oraz odrębny standard obserwacji dzieci z genotypem związanym z postacią późną.
- Zastąpienie spirometrii w pozycji stojącej oceną FVC w pozycji siedzącej i leżącej, uzupełnianą zależnie od stanu chorego o MIP/MEP lub SNIP i badania nocne.
- Zastąpienie lub uzupełnienie wskaźnika Barthel standaryzowanymi testami ruchowymi oraz wykorzystanie SMPT do analizy zmian w czasie.
- Obowiązkowe oznaczanie przeciwciał przeciwelekowych w przypadku utraty odpowiedzi, istotnych reakcji poinfuzyjnych lub wysokiego ryzyka immunologicznego.
- Oznaczanie poziomu tetrasacharydu (G14) w moczu jako markera odpowiedzi na leczenie.
- U pacjentów przewlekle wentylowanych mechanicznie ustalenie ścieżki oceny klinicznej zawierającej skalę oceny funkcji opuszki (np. DOSS, FEES) i skalę oceny motoryki kończyn (np. MRC, skala Brooke).
- U pacjentów przewlekle wentylowanych mechanicznie konieczność umieszczenia w karcie monitorowania wyniku konsylium wielospecjalistycznego, uzasadniającego wniosek o przedłużenie lub odstawienie terapii.
- Po decyzji o odstawieniu terapii pacjent powinien podlegać dalszej kontroli klinicznej. Jeśli progresja choroby ulega przyspieszeniu, należy rozważyć ponowne włączenie terapii.

3. Potrzeby terapeutyczne

Program finansuje alglukozydazę alfa w dawce 20 mg/kg masy ciała co 2 tygodnie¹⁷ oraz awalglukozydazę alfa w dawce do 20 mg/kg co 2 tygodnie¹⁸. Dopuszcza jednorazową zmianę ERT z możliwością powrotu do leczenia pierwotnego, ale wyklucza ją przy znacznej progresji. Jest to trudne do pogodzenia z celem klinicznym tej procedury, ponieważ progresja lub utrata odpowiedzi mogą uzasadniać wybór innego preparatu. Ponadto maksymalna dawka awalglukozydazy alfa 20 mg/kg nie odzwierciedla w pełni ChPL, która u pacjentów z klasyczną postacią niemowlęcą z niewystarczającą odpowiedzią pozwala rozważyć dawkę 40 mg/kg co 2 tygodnie.

17. European Medicines Agency. Myozyme: EPAR – Product Information. Ostatnia aktualizacja: 16.08.2024. Dostępne: <https://www.ema.europa.eu/pl/medicines/human/EPAR/myozyme>

18. European Medicines Agency. Nexviadyme: EPAR – Product Information. Ostatnia aktualizacja: 15.10.2026. Dostępne: <https://www.ema.europa.eu/pl/medicines/human/EPAR/nexviadyme>

Proponowane zmiany

- Usunięcie zakazu zmiany preparatu przy znacznej progresji oraz odejście od ograniczenia do jednej zmiany, przy zachowaniu wymogu uzasadnienia klinicznego.
- Dostosowanie finansowanego dawkowania do aktualnej ChPL, w tym umożliwienie zwiększenia dawki awalglukozydazy alfa w klasycznej postaci niemowlęcej w razie niewystarczającej odpowiedzi.
- Określenie jednolitego zestawu parametrów i minimalnego okresu obserwacji po zmianie ERT.
- Uwzględnienie rehabilitacji, fizjoterapii oddechowej, wsparcia wentylacyjnego oraz opieki żywieniowej i kardiologicznej jako niezbędnych elementów postępowania.

4. Liczba i rozmieszczenie ośrodków

Na podstawie opisu programu nie można rozstrzygnąć, czy liczba ośrodków jest wystarczająca. Ze względu na ultraradki charakter choroby ośrodki kwalifikujące i monitorujące powinny mieć doświadczenie w chorobach nerwowo-mięśniowych i metabolicznych, a ośrodek musi zapewniać dostęp do opieki pulmonologicznej, kardiologicznej i intensywnej terapii.

Ponieważ lek jest podawany co 2 tygodnie, dostępność geograficzna ma bezpośrednie znaczenie dla obciążenia pacjenta i ryzyka przerw w terapii, tym bardziej, że ze względu na ograniczoną wydolność fizyczną, odległość od miejsca zamieszkania do ośrodka ma dla części pacjentów znaczenie krytyczne. Rozwiązaniem może być model referencyjny, w którym kwalifikacja, decyzje terapeutyczne i okresowa ocena pozostają w ośrodku doświadczonym, a część infuzji u stabilnych pacjentów odbywa się bliżej miejsca zamieszkania, zgodnie z wymaganiami bezpieczeństwa i warunkami kontraktowania.

5. Czy kontrakty są wystarczające?

Według zestawienia opublikowanego w Mapach potrzeb zdrowotnych dotyczącego realizacji programów lekowych w 2025 r., w programie B.22 wykazano 66 pacjentów i 22 świadczeniodawców, a wartość świadczeń wyniosła 50 872 401,16 zł. Dane ogólnopolskie nie pozwalają jednak ocenić, czy kontrakty poszczególnych ośrodków były wystarczające ani czy występowały opóźnienia w rozpoczęciu leczenia. Do takiej oceny potrzebne są dane o wartości planu i wykonania umów, aneksach, liczbie nowo zakwalifikowanych pacjentów oraz czasie od decyzji Zespołu Koordynacyjnego do pierwszej infuzji.

Z punktu widzenia ciągłości leczenia zasadne jest:

- umożliwienie szybkiego zwiększenia wartości umowy po zakwalifikowaniu nowego pacjenta, zwłaszcza niemowlęcia wymagającego pilnego rozpoczęcia terapii,
- uwzględnianie w planie finansowym wzrostu liczby rozpoznań wynikającego z przesiewu noworodkowego i diagnostyki rodzinnej,
- odrębna ocena adekwatności finansowania diagnostyki, monitorowania funkcjonalnego, obsługi SMPT i opieki wielospecjalistycznej,
- coroczna analiza różnic między ośrodkami w dostępie do leczenia i ciągłości terapii.

6. Koordynacja opieki

Opis programu nie ustanawia odrębnego świadczenia koordynacji ani norm zatrudnienia koordynatorów. Jednocześnie realizacja B.22 wymaga przygotowywania dokumentacji dla Zespołu Koordynacyjnego, prowadzenia SMPT, organizacji infuzji co 2 tygodnie, badań półrocznych i rocznych, konsultacji wielospecjalistycznych, aktualizacji dawki zależnej od masy ciała oraz stałego kontaktu z pacjentem.

Zasadne jest formalne określenie zadań koordynatora i zapewnienie ich finansowania. Wymiar pracy powinien wynikać z liczby pacjentów, liczby infuzji, udziału dzieci i zakresu obowiązków ośrodka. Dostępne materiały nie dają podstaw do ustalenia jednej ogólnopolskiej normy etatowej; przed jej określeniem potrzebny jest pomiar rzeczywistego nakładu pracy w ośrodkach realizujących program.

Podsumowanie

Program B.22 zapewnia finansowanie dwóch enzymatycznych terapii zastępczych i obejmuje zarówno klasyczną postać niemowlęcą, jak i postać późną choroby Pompego. Najważniejsze problemy wymagające korekty nie dotyczą samego dostępu do ERT, lecz sposobu oceny jej skuteczności i zasad kontynuacji. Należy uznać stabilizację za możliwy efekt terapeutyczny, oprzeć decyzje na trendzie wielu parametrów, znieść automatyzm związany z całodobową wentylacją, umożliwić klinicznie uzasadnioną zmianę preparatu oraz dostosować dawkowanie do aktualnej ChPL. Równolegle program powinien zostać przygotowany na wyniki przesiewu noworodkowego¹⁹: natychmiastowe leczenie klasycznej postaci niemowlęcej po potwierdzeniu rozpoznania²⁰ i odrębny model obserwacji dzieci z ryzykiem postaci późnej.²¹

3.2 B.28 LECZENIE DYSTONII OGNISKOWYCH I POŁOWICZEGO KURCZU TWARZY prof. dr hab. n. med. Jarosław Sławek

1. Kryteria włączenia i wyłączenia do/z programu lekowego – ew. potrzeby zmian – proponowane zmiany

W dystonii krtaniowej rekomendowane jest zniesienie wymogu TK lub MRI głowy oraz obowiązkowe badanie foniatryczne/laryngologiczne.

2. Potrzeby diagnostyczne (diagnostyka) – kwalifikacja do programu i monitorowanie programu.

Diagnostyka nie wymaga zmian.

3. Potrzeby terapeutyczne (leki – nowe substancje, nowe wskazania lub nowe postacie):

Proponowana zmiana: dodanie Xeominu w dystonii krtaniowej i dystonii twarzy. Dawki w dystonii krtaniowej są zbyt wysokie - proponowana zmiana – od 2,5-10j (Botox, Xeomin), 10-40j (Dysport). Dawki dla dystonii twarzy są za to zbyt niskie – proponowana zmiana: do 200j (Botox, Xeomin) do 400j (Dysport). Dystonie zadaniowe: zbyt niskie dawki – proponowana zmiana – do 200j (Botox, Xeomin) i do 400j (Dysport). Dystonie kończynowe (inne): dodać do programu, dawki maksymalne jak w spastyčnosti kończyn górnej.

4. Liczba ośrodków – czy obecna liczba ośrodków jest wystarczająca, czy są potrzeby nowych, czy jest ich za dużo?

Liczba ośrodków – wystarczająca, do rozważenia regionalnie przez Konsultantów Wojewódzkich.

19. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Opinia Prezesa AOTMiT nr 78/2024 z dnia 31 października 2024 r. o projekcie programu badań przesiewowych noworodków w Rzeczypospolitej Polskiej na lata 2019–2026, obejmującym m.in. chorobę Pompego. Dostępne: <https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/oozp/2024/OP-0078-2024.pdf>

20. Parenti G, Fecarotta S, et al.; MetabERN Subnetwork for Lysosomal Disorders. The European reference network for metabolic diseases (MetabERN) clinical pathway recommendations for Pompe disease (acid maltase deficiency, glycogen storage disease type II). Orphanet J Rare Dis. 2024;19(1):408. doi:10.1186/s13023-024-03373-w.

21. Schoser B, van der Beek NAME, et al. Start, switch and stop (triple-S) criteria for enzyme replacement therapy of late-onset Pompe disease: European Pompe Consortium recommendation update 2024. Eur J Neurol. 2024;31(9):e16383. doi:10.1111/ene.16383.

5. Czy kontrakty są wystarczające czy wymagają zwiększenia, jeżeli tak, to o ile (% lub liczba bezwzględna)?

Konieczny wzrost wyceny podać o 150% w zakresie dystonii szyjnej i zadaniowej, pozostałe dystonie i połowiczny kurcz twarzy o 100%:

- z uwagi na czasochłonność (~30-45 min w dystonii szyjnej)
- z uwagi na diagnostykę różnicową
- z uwagi na zmienność i każdorazowo rewizję wzorca, mięśni, dawki (długie badanie)
- z uwagi na użycie USG (wymaga szkoleń, umiejętności, czasu)

6. Liczba koordynatorów opieki w skali Polski – czy istnieje potrzeba utworzenia funkcji koordynatora w danym programie, na jaką liczbę pacjentów w programie powinien przypadać 1 koordynator?

Konieczna pielęgniarka – jako asystent i koordynator realizacji programu lekowego.

3.3 LECZENIE CHORYCH NA STWARDNIENIE ROZSIANE prof. dr hab. n. med. Alicja Kalinowska, prof. dr hab. n. med. Alina Kułakowska

1. Kryteria włączenia i wyłączenia do/z programu lekowego – potrzeby zmian:

a. dla postaci pierwotnie postępującej SM:

- usunięcie dolnej granicy punktacji EDSS, co pozwoli na rozpoczęcie leczenia na wcześniejszym etapie choroby, bez opóźniania terapii do momentu osiągnięcia już znaczącej niepełnosprawności (EDSS= 3 pkt).
- zmiana górnej granicy EDSS z 6,5 pkt na 7 pkt, co jest zgodne najnowszymi wynikami leczenia chorych na PPMS i na spowolnienie postępu choroby u takich chorych, w tym w szczególności na zachowanie funkcji kończyn górnych – co w istotny sposób przełoży się na zachowanie samodzielności, poprawę jakości życia i ograniczenie kosztów opieki.
- usunięcie administracyjnych zapisów dotyczących czasu trwania PPMS (od objawów do rozpoczęcia leczenia) - dzięki czemu opóźnienia diagnostyczne i bariery w dostępie do specjalistów nie będą już powodowały wykluczenia tej grupy chorych z dostępu do skutecznej terapii.

b. dla postaci wtórnie postępującej

- zmiana górnej granicy EDSS z 6,5 pkt na 7 pkt.

c. dla każdej postaci SM – przy kryterium kwalifikacji nr 1, tzn. „rozpoznanie stwardnienia rozsianego oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych McDonalda łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu” należy dodać w nawiasie: chyba, że podanie kontrastu jest przeciwwskazane.

2. Potrzeby diagnostyczne (diagnostyka) – kwalifikacja do programu i monitorowanie programu

Proponujemy zmiany:

- W punkcie „2. Inicjacja leczenia” „W zależności od decyzji lekarza inicjacja terapii alemtuzumabem, fingolimodem, natalizumabem i.v., natalizumabem s.c., okrelizumabem i.v., okrelizumabem s.c., ozanimodem, ponesimodem, siponimodem, ublituksymabem może być prowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej” należy usunąć słowo „przyszpitalnej”. Zasadniczo nie ma żadnego znaczenia czy inicjacja jest prowadzona w poradni przyszpitalnej czy innej poradni neurologicznej – ważne jest, aby zostały w tej poradni zapewnione właściwe warunki dla podania leku, które zapewnią bezpieczeństwo choremu. Należy to pozostawić do decyzji lekarza, który odpowiada za proces leczenia i bezpieczeństwo chorego.

- Częstotliwość i zakres diagnostyki i monitorowania pacjenta – proponujemy modyfikacje (jak w tabeli poniżej), które w naszej opinii nie zwiększą wydatków, a pozwolą na optymalizację korzyści z leczenia dla chorych oraz ułatwią obsługę programu przez lekarzy.
- Zamiast starego zapisu w tabeli B.29 w kolumnie „Badania diagnostyczne wykonywane w ramach programu” proponujemy:

I. Przy kwalifikacji do programu:

1. Badania laboratoryjne i RTG przy kwalifikacji – zgodnie ze wskazaniami klinicznymi i charakterystyką produktu leczniczego:

Co najmniej: morfologia z rozmazem, badania biochemiczne, w tym oceniające funkcje nerek, funkcje wątroby, funkcje tarczycy, badanie ogólne moczu z mikroskopową oceną osadu ORAZ w zależności od wskazań klinicznych i chPL:

- rtg klatki piersiowej i/lub test IGRA – wykluczenie gruźlicy (konieczne przed włączeniem okrelizumabu s.c i i.v., alemtuzumabu, ofatumumabu, ublituksymabu, kladrybiny),
- VZV IgM i IgG (konieczne przed włączeniem fingolimodu, ozanimodu, ponesimodu, siponimodu, kladrybiny),
- anty-HBs, anty-HBc, HBs Ag (konieczne dla okrelizumabu i.v. i s.c., ofatumumabu, ublituksymabu, alemtuzumabu, kladrybiny),
- anty-HCV, HIV Ag/Ab (konieczne dla alemtuzumabu i kladrybiny),
- poziom immunoglobulin (IgG, IgM, IgA) (do rozważenia przed włączeniem terapii okrelizumabem s.c. i i.v., ofatumumabem, ublituksymabem),
- indeks JCV (konieczne przed włączeniem natalizumabu i.v. lub s.c.),
- badanie przesiewowe pod kątem zakażenia wirusem HPV (dotyczy alemtuzumabu),
- test ciążowy u pacjentek w wieku rozrodczym.

2. Badania rezonansem magnetycznym przy kwalifikacji:

- dla postaci rzutowo-remisyjnej oraz wtórnie postępującej rezonans magnetyczny przed i po podaniu kontrastu (chyba że u pacjenta stwierdza się przeciwwskazania do podania kontrastu), (rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 90 dni od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku. W uzasadnionych przypadkach lekarz prowadzący może uznać za badanie wyjściowe badanie rezonansu magnetycznego wykonane w okresie ostatnich 180 dni przed rozpoczęciem leczenia.),
- dla postaci pierwotnie postępującej (dotyczy okrelizumabu i.v.): rezonans magnetyczny głowy i rdzenia kręgowego przed i po podaniu kontrastu (chyba że u pacjenta stwierdza się przeciwwskazania do podania kontrastu); (rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 12 miesięcy od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku).

3. Ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS – dla każdego pacjenta przy kwalifikacji.

4. Dodatkowe badania i konsultacje przy kwalifikacji – zgodnie z charakterystykami produktów klinicznych i wskazaniami klinicznymi:

- badanie EKG - dotyczy alemtuzumabu, fingolimodu, ozanimodu, ponesimodu, siponimodu,
- częstość tętna i wartość ciśnienia tętniczego krwi – dotyczy teryflunomidu, alemtuzumabu, fingolimodu, ozanimodu, ponesimodu, siponimodu,
- konsultacja kardiologiczna u pacjentów otrzymujących leki mogące zwalniać akcję serca oraz u pacjentów z wywiadem obciążonym chorobami układu sercowo-naczyniowego (dotyczy fingolimodu, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu),

- konsultacja okulistyczna - u pacjentów z wywiadem w kierunku cukrzycy lub zapalenia błony naczyniowej oka (dotyczy fingolimodu, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu),
- konsultacja dermatologiczna w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia (dotyczy fingolimodu i siponimodu),
- konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych lub chorób płuc (według wskazań klinicznych),
- standardowe badania przesiewowe w kierunku raka piersi zgodnie z lokalnymi wytycznymi (dotyczy okrelizumabu i.v., okrelizumabu s.c.),
- określenie polimorfizmu genu CYP2C9 (dotyczy kwalifikacji do terapii siponimodem).

Jeżeli jest konieczne to pacjenci włączeni do leczenia powinni zapoznać się z materiałami edukacyjnymi w ramach tzw. „planu zarządzania ryzykiem” i potwierdzić ten fakt pisemnie w dokumentacji medycznej.

II. Monitorowanie leczenia

- 1) badanie neurologiczne z oceną EDSS co 3-12 miesięcy (zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego) [przedtem 3-6 miesięcy],
- 2) postać rzutowo remisyjna – rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia (podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego), (dopuszcza się odstępianie od wykonania badania w przypadku pacjentek będących w ciąży);
- 3) postać pierwotnie postępująca oraz postać wtórnie postępująca – rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia wg decyzji lekarza prowadzącego,
- 4) w trakcie leczenia należy wykonywać badania laboratoryjne zgodnie z zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych.

- Dodatkowo – proponujemy usunięcie liniowości, zastępując ją wskazaniem z aktualnych charakterystyk produktów leczniczych. Obecne zapisy są niepotrzebnie skomplikowane i niezgodne z obowiązującymi zasadami terapii na świecie, gdzie odchodzi się od dzielenia leków na linie, a zmierza do personalizacji terapii.

3. Potrzeby terapeutyczne (leki - nowe substancje, nowe wskazania lub nowe postacie)

- Okrelizumab podskórny w postaci pierwotnie postępującej SM (aktualnie forma podskórna, która jest bardziej wydajna dla systemu z punktu widzenia czasu podawania leku oraz w wybranych sytuacjach w związku z tolerancją leczenia przez pacjenta, jest refundowana tylko w postaci rzutowo-remisyjnej. Jako że w postaci pierwotnie postępującej okrelizumab jest JEDYNĄ opcją terapeutyczną – umożliwienie stosowania postaci podskórnej tego leku poprawiłoby jakość i dostępność leczenia w tej grupie pacjentów).
- Okrelizumab u dzieci od 10 roku życia (zgodnie z opublikowanymi wynikami badań OPERETTA okrelizumab jest wysoce skuteczny i bezpieczny w tej populacji pacjentów, gdzie dostęp do terapii wysokiej skuteczności jest w naszym obecnym programie B.29 mocno ograniczony – oczekiwanie, aż dzieci skończą 18 lat, aby włączyć skuteczne leczenie, jest niebezpieczne z uwagi na niekorzystne rokowanie populacji z tak wczesnym początkiem zachorowania – w tej populacji szczególnie ważny jest szybki czas wdrożenia terapii wysokiej skuteczności (HET).
- Natalizumab powinien być dostępny w I linii programu lekowego B.29 jako jedna z opcji terapii wysoko skutecznej dla pacjentów z aktywną rzutowo-remisyjną postacią stwardnienia

rozszianego (RRMS) oraz niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi, po indywidualnej ocenie stosunku korzyści do ryzyka, ze szczególnym uwzględnieniem statusu przeciwciał anty-JCV oraz możliwości odpowiedniego monitorowania pacjenta – aktualnie dostępny jest tylko w II linii lub w postaci RES, co nie wyczerpuje wskazań do stosowania tego leku u pacjentów z aktywnością choroby i niekorzystnym rokowaniem

2. Liczba ośrodków – czy obecna liczba ośrodków jest wystarczająca, czy są potrzeby nowych, czy jest ich za dużo?

Liczba ośrodków jest wystarczająca, przy czym istnieje bardzo duża dysproporcja w zakresie liczby pacjentów leczonych przez poszczególne ośrodki. Z danych zgromadzonych w SMPT wynika, że w latach 2013-2024 trzy największe ośrodki leczyły 13,6% wszystkich pacjentów, 15 największych ośrodków odpowiadało za leczenie 43,6% pacjentów, a 30 największych ośrodków leczyło 63,9% pacjentów. Ośrodki leczące mniej niż 20 pacjentów stanowiły 11,7% wszystkich ośrodków – tak mała liczba pacjentów budzi wątpliwości, co do sensu utrzymywania tych ośrodków, chyba że zaczną przyjmować większe liczby pacjentów.

3. Czy kontrakty są wystarczające czy wymagają zwiększenia, jeżeli tak to o ile (% lub liczba bezwzględna)?

Zdecydowanie kontrakty są niewystarczające. Biorąc pod uwagę, iż możemy oszacować, że liczba nowych pacjentów rocznie będzie wynosić ok. 1500-2000 chorych, należy co roku zapewnić adekwatny do potrzeb wzrost wysokości kontraktów. Trzeba zaznaczyć, że aktualne kwoty przyznane na finansowanie programu B.29 są niższe niż w poprzednich latach, natomiast pacjentów przybywa, a nie ubywa – choroba wymaga leczenia przewlekłego, nierzadko przez całe życie pacjenta.

4. Liczba koordynatorów opieki w skali Polski – czy istnieje potrzeba utworzenia funkcji koordynatora w danym programie, na jaką liczbę pacjentów w programie powinien przypadać 1 koordynator?

Koordynator opieki w programie SM powinien być dostępny dla programu B.29. W zależności od zakresu jego obowiązków – jeśli obowiązki koordynatora miałyby odzwierciedlać idee programu opieki koordynowanej – wskazany byłby jeden koordynator na 100-200 pacjentów.

3.4 B.30 LECZENIE PACJENTÓW PEDIATRYCZNYCH ZE SPASTYCZNOŚCIĄ KOŃCZYN Z UŻYCIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ TYPU A ORAZ B.57. LECZENIE PACJENTÓW ZE SPASTYCZNOŚCIĄ KOŃCZYN Z UŻYCIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ TYPU A dr hab. n. med. Iwona Sarzyńska-Długosz, prof. IPIN

I. Stanowisko ekspertów dotyczące zalecanych zmian w zapisach programu lekowego B.30 Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A. Po analizie obowiązujących zapisów programu B.30 zwracamy uwagę na konieczność dalszego dostosowania programu do współczesnej wiedzy medycznej, rzeczywistych potrzeb pacjentów oraz aktualnej praktyki klinicznej w leczeniu spastyczności u pacjentów pediatrycznych.

1. Kryteria włączenia i wyłączenia do/z programu lekowego

Proponuje się odejście od zamkniętego katalogu rozpoznań i objęcie programem pacjentów z klinicznie potwierdzoną spastycznością lub dystonią spastyczną niezależnie od etiologii (kody rozpoznań: G81.1, G82.1, G82.4, G83.8), ograniczającą funkcjonowanie lub zagrażającą rozwojem utrwalonych przykurczy mięśniowych i deformacji kostno-stawowych.

Wymóg potwierdzenia spastyczności na poziomie MAS ≥ 2 w przynajmniej jednej grupie mięśniowej może ograniczać dostęp do leczenia części pacjentów pediatrycznych. U młodszych dzieci z niedowładem spastycznym istotna klinicznie spastyczność nie zawsze znajduje odzwierciedlenie w wyniku MAS ≥ 2 . W związku z tym zasadne jest rozważenie uwzględnienia dodatkowych narzędzi oceny spastyczności, w szczególności skali Modified Tardieu Scale (MTS).

Definiowanie odpowiedzi na leczenie wyłącznie jako poprawy o co najmniej 1 punkt w skali MAS może nie odzwierciedlać rzeczywistych korzyści klinicznych uzyskiwanych przez pacjentów pediatrycznych. Kontynuacja leczenia powinna uwzględniać również poprawę funkcjonalną oraz realizację indywidualnie określonych celów terapeutycznych.

Zapis dotyczący „utrwalonego przykurczu” wymaga doprecyzowania. Obecne brzmienie nie określa stopnia ograniczenia ruchomości, który miałby stanowić podstawę wyłączenia z programu, co może prowadzić do niejednoznacznej interpretacji kryterium.

2. Potrzeby diagnostyczne i monitorowanie programu

Skala Medical Research Council (MRC) ma ograniczoną wartość w ocenie dzieci z niedowładem oraz zaburzeniami kontroli ruchowej. W tej grupie pacjentów bardziej adekwatna jest globalna ocena funkcjonalna uwzględniająca możliwości ruchowe dziecka. Zasadne jest dopuszczenie alternatywnych metod oceny stosowanych w neurologii dziecięcej i rehabilitacji.

Ocena efektów terapii nie powinna opierać się wyłącznie na zmianach w skali MAS. Rekomenduje się uwzględnienie parametrów funkcjonalnych oraz oceny osiągnięcia indywidualnych celów leczenia.

Wymóg oznaczania INR u pacjentów leczonych antagonistami witaminy K pozostaje zasadny, jednak należy podkreślić, że sytuacja ta występuje wyjątkowo rzadko w populacji pediatrycznej.

3. Potrzeby terapeutyczne

Botox: Maksymalne dawkowanie (6-8 j./kg mc. lub 300 j. na sesję) jest istotnie niższe od dawek stosowanych w aktualnej praktyce klinicznej, szczególnie w leczeniu wielopoziomowym. Dodatkowo zmniejszenie maksymalnej dawki z 400 j. do 300 j. nie zostało uzasadnione klinicznie.

Rekomenduje się powrót do rocznego limitu 24 j./kg mc. i maksymalnej dawki na sesję 400 j. z możliwością podziału dawki na sesje terapeutyczne zgodnie ze wskazaniami klinicznymi. W wybranych przypadkach zalecane jest zwiększenie maksymalnej dawki całkowitej na sesję do poziomu odpowiadającego potrzebom starszych dzieci i młodzieży – tj. 600j.

Dysport: Limit 30 j./kg mc. nie odzwierciedla współczesnej praktyki leczenia wielopoziomowego. Dostępne doświadczenia kliniczne wskazują na bezpieczeństwo stosowania wyższych dawek w odpowiednio dobranych grupach pacjentów.

Rekomenduje się rozważenie określenia rocznego limitu dawkowania 120 j./kg mc. z możliwością indywidualnego podziału na sesje terapeutyczne zgodnie ze stanem klinicznym pacjenta.

4. Liczba ośrodków realizujących program

Wskazane zwiększenie liczby ośrodków – ułatwienie dostępu do terapii.

5. Wysokość kontraktów

Zalecane jest zwiększenie zarówno wysokości kontraktów w ośrodkach realizujących program, jak i zwiększenie i zróżnicowanie wyceny pojedynczego zabiegu leczenia toksyną botulinową – zróżnicowanie wyceny w zależności od rozległości zabiegu.

6. Liczba koordynatorów opieki w skali Polski

W ośrodkach realizujących program obejmujących leczeniem ponad 200 pacjentów powinien być dostępny koordynator.

Podsumowanie

Proponowane zmiany mają na celu dostosowanie programu do aktualnej wiedzy medycznej i praktyki klinicznej w neurologii dziecięcej oraz rehabilitacji. Szczególnie istotne jest odejście od oceny skuteczności leczenia wyłącznie na podstawie skali MAS, dopuszczenie bardziej adekwatnych metod oceny funkcjonalnej u dzieci oraz rewizja proponowanych limitów dawkowania toksyny botulinowej.

II. Stanowisko ekspertów dotyczące zalecanych zmian w zapisach programu lekowego B.57 Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A

Po analizie obowiązujących zapisów programu B.57 zwracamy uwagę na konieczność dalszego dostosowania programu do współczesnej wiedzy medycznej, rzeczywistych potrzeb pacjentów oraz aktualnej praktyki klinicznej w leczeniu spastyczności u pacjentów dorosłych.

1. Kryteria włączenia i wyłączenia do/z programu lekowego

Proponuje się odejście od zamkniętego katalogu rozpoznań i objęcie programem pacjentów z klinicznie potwierdzoną spastycznością lub dystonią spastyczną niezależnie od etiologii, ograniczając funkcjonowanie lub zagrażającą rozwojem utrwalonych przykurczy mięśniowych i deformacji kostno-stawowych (kody ICD-10: G81.1, G82.1, G82.4, G83.8).

Utrzymanie wymogu potwierdzenia spastyczności w co najmniej jednej grupie mięśniowej według skali MAS ≥ 2 jest zasadne, jednak ocena kwalifikacji powinna uwzględniać również wpływ spastyczności na funkcjonowanie pacjenta i realizację celów terapeutycznych.

Rekomenduje się zmianę kryterium wyłączenia z programu z „braku odpowiedzi na leczenie w dwóch kolejnych sesjach” na „brak odpowiedzi po minimum trzech kolejnych sesjach leczenia”.

Ocena skuteczności terapii toksyną botulinową wymaga odpowiedniego czasu, optymalizacji dawkowania oraz modyfikacji celów terapeutycznych. Zbyt wczesne zakończenie leczenia może pozbawiać pacjentów możliwości uzyskania korzyści klinicznych.

2. Potrzeby diagnostyczne i monitorowanie programu

Skala Medical Research Council (MRC) ma ograniczoną wartość w ocenie pacjentów z niedowładem oraz zaburzeniami kontroli ruchowej. Rekomenduje się odejście od obowiązkowej oceny siły mięśniowej według skali MRC jako kluczowego elementu kwalifikacji i monitorowania.

Znacznie większą wartość kliniczną posiada opisowa ocena funkcjonalna obejmująca:

- funkcję kończyny górnej,
- funkcję kończyny dolnej,
- chód,
- samodzielność i możliwości pielęgnacyjne.

Ocena skuteczności leczenia powinna koncentrować się przede wszystkim na osiągnięciu indywidualnych celów funkcjonalnych pacjenta.

3. Potrzeby terapeutyczne

Rekomenduje się uproszczenie zasad dawkowania poprzez określenie maksymalnej dawki całkowitej na sesję: Botox – 600 j., Dysport – 1500 j., Xeomin – 800 j.

Rekomenduje się pozostawienie lekarzowi prowadzącemu możliwości podziału dawki pomiędzy wybrane grupy mięśniowe zgodnie z obrazem klinicznym pacjenta, bez dodatkowych ograniczeń dotyczących poszczególnych kończyn.

Takie rozwiązanie lepiej odzwierciedla rzeczywiste wzorce spastyczności oraz potrzebę leczenia wielopoziomowego.

4. Liczba ośrodków realizujących program

Wskazane zwiększenie liczby ośrodków realizujących program – ułatwienie dostępu do terapii pacjentom z niepełnosprawnością w pobliżu miejsca zamieszkania.

5. Wysokość kontraktów

Zalecane jest zwiększenie zarówno wysokości kontraktów w ośrodkach realizujących program, jak i zwiększenie i zróżnicowanie wyceny pojedynczego zabiegu leczenia toksyną botulinową – zróżnicowanie wyceny w zależności od rozległości zabiegu.

Dostępność programu pozostaje niewystarczająca w stosunku do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych populacji pacjentów ze spastycznością. Ze względu na wciąż ograniczony dostęp do terapii spastyczności tj. tylko ok. 20-25% z szacowanej liczby pacjentów wymagających leczenia, aktualnie jest objętych opieką w ramach programu lekowego. Docelowo konieczne będzie zwiększenie wysokości kontraktów na realizację programu ok. 4-5- krotnie.

6. Liczba koordynatorów opieki w skali Polski

W ośrodkach realizujących program obejmujących leczeniem ponad 200 pacjentów powinien być dostępny koordynator.

Zasadne jest wdrożenie systemowych rozwiązań umożliwiających aktywne monitorowanie pacjentów po udarze mózgu oraz innych schorzeniach prowadzących do spastyczności.

Rekomenduje się rozwój modelu koordynowanej opieki obejmującego:

- wczesną identyfikację objawów spastyczności,
- regularny kontakt z pacjentem i opiekunem,
- kierowanie do właściwych ośrodków leczenia,
- monitorowanie efektów terapii.

Podsumowanie

Program B.57 wymaga dalszego rozwoju w kierunku zwiększenia dostępności leczenia, rozszerzenia kryteriów kwalifikacji na wszystkich pacjentów ze spastycznością niezależnie od etiologii, większego uwzględnienia efektów funkcjonalnych terapii oraz zapewnienia elastyczności dawkowania zgodnej z indywidualnymi potrzebami chorego. Jednocześnie konieczne jest zwiększenie liczby ośrodków realizujących program oraz wdrożenie rozwiązań poprawiających wczesne wykrywanie i leczenie spastyczności.

3.5 B.67 LECZENIE IMMUNOGLOBULINAMI CHORÓB NEUROLOGICZNYCH.

prof. dr hab. n. med. Anna Kostera-Pruszczyk

prof. dr hab. n. med. Anna Potulska-Chromik

1. Kryteria włączenia i wyłączenia do/z programu lekowego – ewentualne potrzeby zmian

Aktualne kryteria kwalifikacji do programu lekowego B.67 są zasadniczo prawidłowe i obejmują najważniejsze wskazania neurologiczne, w których leczenie immunoglobulinami ma uzasadnienie kliniczne. Program uwzględnia m.in. przewlekłą zapalną polineuropatię demielinizacyjną (ang. CIDP), wieloogniskową aneupatię ruchową (ang. MMN), miastenię, zespoły paranowotworowe, miopatie zapalne, zespół Guillain-Barré'go, chorobę ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (ang. NMOSD), zapalenie mózgu z przeciwciałami przeciw antygenom neuronalnym oraz zespół sztywności uogólnionej. Kryteria wymagają potwierdzenia rozpoznania odpowiednimi badaniami klinicznymi, neurofizjologicznymi, laboratoryjnymi i obrazowymi, co zwiększa bezpieczeństwo kwalifikacji i ogranicza ryzyko nieuzasadnionego leczenia.

Pozytywnie należy ocenić również wprowadzenie możliwości leczenia podtrzymującego CIDP immunoglobulinami podskórnymi, w tym fSClg z rekombinowaną hialuronidazą (od lipca 2025r), po stabilizacji pacjenta leczeniem IVlg. Jest to zgodne z aktualnym kierunkiem leczenia przewlekłych neuropatii immunologicznych (zalecenia EAN PNS 2021) i może zmniejszać obciążenie pacjenta oraz ośrodka.

Kryteria wyłączenia są również właściwie sformułowane. Obejmują brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, progresję choroby pomimo kolejnych cykli terapii, działania niepożądane, nadwrażliwość, pogorszenie jakości życia oraz brak współpracy pacjenta. Nie wydaje się, aby na obecnym etapie konieczne były istotne zmiany merytoryczne w kryteriach włączenia i wyłączenia. Ewentualne doprecyzowania mogłyby dotyczyć ujednolicenia skal klinicznych stosowanych do oceny skuteczności leczenia w CIDP, MMN i miastenii.

2. Potrzeby diagnostyczne – kwalifikacja do programu i monitorowanie programu

Program wymaga dokładnej diagnostyki neurologicznej i różnicowej, co należy ocenić pozytywnie. Kwalifikacja do programu nie powinna być uproszczona, ponieważ pacjenci leczeni immunoglobulinami stanowią grupę trudną diagnostycznie, często z chorobami rzadkimi, przewlekłymi i wymagającymi doświadczenia klinicznego.

W CIDP program wymaga potwierdzenia rozpoznania badaniem EMG/neurografii oraz badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. W MMN wymagane jest badanie neurofizjologiczne obejmujące co najmniej 6 nerwów. W innych wskazaniach program przewiduje odpowiednie badania immunologiczne, obrazowe, neurofizjologiczne i laboratoryjne.

Zakres monitorowania jest zasadniczo wystarczający. Obejmuje badania laboratoryjne przed podaniem immunoglobulin, ocenę bezpieczeństwa leczenia oraz ocenę skuteczności terapii na podstawie stanu klinicznego. W przypadku leczenia podskórnego konieczna jest dodatkowo ocena pacjenta przed wydaniem kolejnych dawek leku do terapii domowej.

Należy jednak podkreślić, że tak szeroki zakres kwalifikacji i monitorowania wymaga dużego nakładu pracy lekarza, pielęgniarki oraz personelu administracyjnego. Program wymaga nie tylko podania leku, ale również stałej opieki, oceny neurologicznej, badań dodatkowych, edukacji pacjenta, monitorowania działań niepożądanych, prowadzenia dokumentacji oraz wprowadzania danych do SMPT. Ten element nie jest wystarczająco odzwierciedlony w obecnej wycenie świadczenia.

3. Potrzeby terapeutyczne – leki, nowe substancje, nowe wskazania lub nowe postacie

Obecny zakres terapeutyczny programu można uznać za dobry. Szczególnie istotne jest uwzględnienie immunoglobulin podskórnych, w tym fSClg z hialuronidazą, jako leczenia podtrzymującego w CIDP po stabilizacji leczeniem IVlg. To rozwiązanie może poprawiać komfort pacjenta, ograniczać liczbę hospitalizacji lub wizyt infuzyjnych oraz zwiększać możliwość prowadzenia leczenia bliżej miejsca zamieszkania.

Na obecnym etapie nie wydaje się konieczne pilne rozszerzanie programu o kolejne postacie immunoglobulin, o ile dostępne są zarówno preparaty dożylnie, klasyczne podskórne, jak i podskórne z hialuronidazą. W przyszłości można rozważyć rozszerzenie dostępu do terapii podskórnych w wybranych innych przewlekłych wskazaniach neurologicznych, jeżeli będzie to zgodne z rejestracją produktów leczniczych i dostępnymi danymi naukowymi.

Najważniejszą potrzebą terapeutyczną nie jest obecnie zmiana samego katalogu leków, ale zapewnienie realnego dostępu pacjentów do leczenia w aktywnie działających ośrodkach oraz odpowiednia wycena świadczeń związanych z opieką nad pacjentem.

4. Liczba ośrodków

Formalnie liczba ośrodków realizujących program może wydawać się stosunkowo duża. W praktyce jednak liczba ośrodków aktywnie prowadzących większą grupę chorych nie jest bardzo duża. Wynika to prawdopodobnie z faktu, że program jest organizacyjnie i czasowo wymagający, a jego wycena nie odzwierciedla rzeczywistego nakładu pracy zespołu terapeutycznego.

Pacjent w programie lekowym jest pacjentem poza ryczałtem oddziału, jednak zwrot kosztów dotyczy przede wszystkim leku, a w znacznie mniejszym stopniu realnej pracy lekarza, pielęgniarki i zespołu administracyjnego. Tymczasem pacjenci leczeni immunoglobulinami wymagają dokładnej diagnostyki, kwalifikacji, monitorowania klinicznego i laboratoryjnego, edukacji, prowadzenia dokumentacji, kontroli bezpieczeństwa, a w przypadku leczenia podskórnego również szkolenia pacjenta lub opiekuna i nadzoru nad leczeniem domowym.

Jest to grupa pacjentów trudna klinicznie i czasochłonna. Część oddziałów może nie być zainteresowana prowadzeniem takich chorych, ponieważ obciążenie organizacyjne nie jest adekwatnie finansowane. Z tego powodu problemem nie jest wyłącznie liczba ośrodków na liście, ale liczba ośrodków rzeczywiście aktywnych, doświadczonych i gotowych do prowadzenia pacjentów przewlekle.

Nie wydaje się konieczne sztuczne zwiększanie liczby ośrodków. Bardziej zasadne byłoby wzmocnienie istniejących, aktywnych ośrodków oraz zapewnienie im finansowania adekwatnego do zakresu pracy.

5. Czy kontrakty są wystarczające, czy wymagają zwiększenia?

Kontrakty wymagają zwiększenia przede wszystkim w zakresie finansowania obsługi programu, a nie jedynie kosztu samego leku. Obecna konstrukcja finansowania nie uwzględnia w wystarczającym stopniu czasu pracy lekarza, pielęgniarki, koordynatora, diagnostyki, monitorowania, edukacji pacjenta oraz obowiązków sprawozdawczych.

Zasadne byłoby zwiększenie finansowania świadczeń związanych z obsługą programu o około 20–30%, szczególnie w ośrodkach prowadzących większą liczbę pacjentów przewlekle leczonych immunoglobulinami. Alternatywnie można rozważyć odrębne finansowanie wizyt kwalifikacyjnych, wizyt monitorujących, edukacji do leczenia domowego oraz pracy koordynatora programu.

W przypadku wprowadzania większej liczby pacjentów na SCIg lub fSCIg należy pamiętać, że leczenie domowe zmniejsza liczbę hospitalizacji, ale nie eliminuje pracy ośrodka. Wymaga ona przeszkoleń, kontroli, wydawania leku i sprzętu, monitorowania bezpieczeństwa oraz regularnej oceny skuteczności leczenia.

6. Liczba koordynatorów opieki w skali Polski

W programie B.67 istnieje uzasadniona potrzeba utworzenia funkcji koordynatora opieki. Program obejmuje pacjentów przewlekle chorych, często z wielochorobowością, wymagających regularnych podań leku, badań kontrolnych, dokumentacji, kontaktu z ośrodkiem oraz nadzoru nad leczeniem domowym.

Koordynator mógłby odpowiadać za organizację terminów podań i wizyt kontrolnych, monitorowanie kompletności badań, kontakt z pacjentem, wsparcie w edukacji dotyczącej leczenia podskórnego, nadzór nad dokumentacją oraz współpracę z lekarzem i pielęgniarką. Taka funkcja mogłaby poprawić ciągłość opieki, bezpieczeństwo leczenia oraz efektywność pracy ośrodków.

Optymalnie 1 koordynator powinien przypadać na około 40 pacjentów aktywnie leczonych w programie. W dużych ośrodkach prowadzących wielu chorych przewlekle leczonych immunoglobulinami konieczne może być finansowanie co najmniej jednego pełnego etatu koordynatora. W mniejszych ośrodkach funkcja ta mogłaby być częściowa, zależna od liczby pacjentów.

Podsumowanie

Program B.67 jest merytorycznie dobrze skonstruowany i nie wymaga pilnych zasadniczych zmian w kryteriach kwalifikacji, monitorowania ani zakresie leków. Najważniejsze potrzeby dotyczą organizacji programu: adekwatnej wyceny opieki, wzmocnienia aktywnych ośrodków oraz wprowadzenia finansowanej funkcji koordynatora, ponieważ obecnie rzeczywisty nakład pracy związany z prowadzeniem pacjenta jest znacznie większy niż wynikałoby to z samego kosztu leku.

3.6 B.90. LECZENIE ZABURZEŃ MOTORYCZNYCH W PRZEBIEGU ZAAWANSOWANEJ CHOROBY PARKINSONA.

prof. dr hab. n. med. Dariusz Koziński

prof. dr hab. n. med. Piotr Janik

dr hab. n. med. Joanna Siuda, prof. ŚUM

Komentarz został przygotowany przez Zarząd Sekcji Schorzeń Pozapiramidowych PTN oraz Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona.

Aktualnie nie ma potrzeby zmian w zakresie obowiązujących kryteriów włączenia ani kryteriów wyłączających chorego z programu B.90. Wspomagającymi kryteriami są rekomendacje Sekcji Schorzeń Pozapiramidowych PTN oraz Polskiego Towarzystwa Choroby Parkinsona i Innych Zaburzeń Ruchowych, które są aktualizowane i publikowane na łamach Polskiego Przeglądu Neurologicznego. Kwalifikacja do programu i monitorowanie programu nie wymagają zmian. W niedalekiej przyszłości pojawi się nowy lek, Lecigon (lewodopa+karbidopa+entakapon) podawany w pompie infuzyjnej dojelitowo przez przeskórną gastrojejunostomię, PEG-J. Lek który powinien być stosowany w naszym kraju w ramach programu B.90.

Widzimy potrzebę nowych ośrodków, ale warunkiem koniecznym jest spełnienie kryteriów dla ośrodka prowadzącego terapię zaawansowane w chorobie Parkinsona, które zostały opracowane przez Sekcję Schorzeń Pozapiramidowych PTN i Polskie Towarzystwo Choroby Parkinsona i Innych Zaburzeń Ruchowych.²² Kryteria dla ośrodka prowadzącego terapię zaawansowaną w chorobie Parkinsona:

- a. Gwarantowany dostęp do wszystkich metod terapii infuzyjnych i DBS.
- b. Trzech lekarzy, w tym minimum 2 lekarzy specjalistów neurologii w ośrodku.
- c. Przynajmniej jedna pielęgniarka dedykowana do programu B.90.
- d. Pielęgniarka doświadczona we wszystkich metodach leczenia zaawansowanej choroby Parkinsona lub deklaracja ze strony ośrodka, że po przyznaniu programu B.90 odbędzie ona szkolenie w ośrodku, w którym pielęgniarka z takim doświadczeniem już pracuje.
- e. Prezentacja 3 przypadków (video fazy on i off) z zaawansowaną chorobą Parkinsona kwalifikowanych przez lekarzy z aspirującego ośrodka do terapii infuzyjnych lub DBS przed Zespołem Koordynującym.
- f. Udokumentowanie doświadczenia z DBS – kwalifikowanie oraz prowadzenie chorych przez zespół przyszłego ośrodka (podać liczbę chorych).
- g. Udokumentowana współpraca z ośrodkiem neurochirurgicznym wykonującym DBS ze wskazaniem ilu pacjentów zostało skierowanych dotychczas przez ośrodek na zabieg.
- h. Obecność poradni pozapiramidowej lub ogólnej poradni neurologicznej, w której są przyjmowani pacjenci z chorobą Parkinsona.
- i. Odbycie stażu w ośrodkach referencyjnych przez lidera ośrodka i pielęgniarkę dedykowaną do programu B.90.
- j. Ponowna ocena spełnienia kryteriów kwalifikacji, gdy z ośrodka odchodzą osoby uczestniczące dotychczas w realizacji programu B.90.

Podstawowym warunkiem dla ośrodka jest udział lekarzy mających wieloletnie doświadczenie w leczeniu choroby Parkinsona, zwłaszcza jej zaawansowanej postaci oraz mogących wykazać wcześniejsze doświadczenie w kwalifikacji chorych do zabiegu głębokiej stymulacji mózgu i w programowaniu neurostymulatorów. Ze względu na brak wystarczającej liczby ośrodków wskazane jest uruchomienie kolejnych ośrodków leczących pacjentów w programie B.90 w województwach: lubuskim, warmińsko-mazurskim, podlaskim i świętokrzyskim.

22. Kryteria dla ośrodka prowadzącego terapię zaawansowaną w chorobie Parkinsona. Dostępne: <https://www.zaburzeniaruchowe.pl/artyku/kryteria-dla-osrodka-prowadzacego-terapię-zaawansowane-w-chorobie-parkinsona>

Istnieje duża różnica w rekrutacji pomiędzy ośrodkami specjalizującymi się w zaburzeniach ruchowych a pozostałymi, które prowadzą program B.90. Doświadczone ośrodki prowadzą większość pacjentów z zaawansowaną chorobą Parkinsona w skali kraju, szybko więc wyczerpują przyznany im kontrakt. Proponujemy zwiększenie kontraktu o 100% dla 6 największych ośrodków. Obecne wyceny nie uwzględniają realnego wzrostu kosztów pracy personelu medycznego (lekarzy neurologów, pielęgniarek neurologicznych) oraz kosztów utrzymania infrastruktury szpitalnej (inflacja, media). Praca przy programie B.90 wymaga personelu o najwyższych, unikatowych kwalifikacjach, którego pozyskanie i utrzymanie przy obecnych stawkach NFZ staje się dla ośrodków deficytowe.

Proponujemy:

1. Podniesienie wyceny ryczałtu za obsługę pacjenta (porady, kwalifikacja, wydanie leku) o 25% dla procedur związanych z podawaniem foslewodopy/foskarbidopy, apomorfiny podskórnej oraz lewodopy/karbidopy w żelu dojelitowym.
2. Wprowadzenie świadczenia za procedurę awaryjną, osobno wycenioną procedurę za interwencję w przypadku awarii systemu infuzyjnego (np. zatkanie zgłębnika PEG-J, awaria pompy), wymagającą natychmiastowego przyjęcia pacjenta poza kolejnością.

W programie B.90 istnieje Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona składający się z 5 osób, nie ma potrzeby powiększania składu Zespołu.²³ Ponadto zasadnym jest by w największych ośrodkach, mających > 50 chorych pod swoją opieką, przystąpił Koordynator Programu, którego zadaniem byłoby m.in. wskazanie najbliższego ośrodka, ustalanie terminów wizyt wymaganych programem (wizyta kwalifikująca, monitorująca, nagła w przypadku wystąpienia nieprzewidzianych zdarzeń).

3.7 B.102.FM LECZENIE CHORYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI. **prof. dr hab. n. med. Anna Kostera-Pruszczyk**

Program lekowy B.102.FM Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni obecnie obejmuje trzy zarejestrowane terapie modyfikujące przebieg SMA (onasemnogen abeparwówek, nusinersen i rysdyplam w zawieszynie i tabletkach), a kwalifikacja i monitorowanie odbywają się pod nadzorem Zespołu Koordynacyjnego.

1. Kryteria włączenia i wyłączenia z programu – potrzeby zmian

Program B.102.FM należy obecnie do najbardziej kompleksowych programów leczenia SMA w Europie i zapewnia dostęp do trzech zarejestrowanych terapii. Nie wymaga zasadniczej przebudowy kryteriów kwalifikacji.

Rekomendowane zmiany obejmują:

- utrzymanie możliwości indywidualnego wyboru terapii przez lekarza prowadzącego,
- dalsze uproszczenie procedur zmiany leczenia pomiędzy dostępnymi terapiami w sytuacjach uzasadnionych klinicznie,
- ograniczenie zbędnych obciążeń administracyjnych w czasie prowadzenia leczenia,

23. Narodowy Fundusz Zdrowia. Protokoły z posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Zaburzeń Motorycznych w przebiegu Choroby Parkinsona. Dostępne: <https://www.nfz.gov.pl/dla-swiaadczeniodawcy/zespoły-koordynacyjne/zespoły-koordynujące/leczenie-zaburzeń-motorycznych-w-chorobie-parkinsona-protokoły-z-posiedzeń,117.html>

- pozostawienie decyzji o zakończeniu leczenia przede wszystkim ocenie klinicznej specjalisty z uwzględnieniem współchorobowości, istotnych wydarzeń medycznych w życiu pacjenta z SMA (np. operacje, urazy, złamania), a nie wyłącznie zmian w skalach funkcjonalnych.

2. Potrzeby diagnostyczne – kwalifikacja i monitorowanie

Aktualny zakres badań kwalifikacyjnych jest zasadniczo wystarczający i obejmuje diagnostykę genetyczną, ocenę funkcjonalną oraz badania laboratoryjne odpowiednie dla poszczególnych terapii.

Obszary wymagające rozwoju:

- wprowadzenie jako wymaganej skali RULM (ocena funkcji kończyn górnych) jako uzupełnienie stosowanych zależnie od wieku i zaawansowania choroby skal funkcjonalnych,
- rozwój badań biomarkerów odpowiedzi na leczenie (np. neurofilamenty, biomarkery molekularne), które w przyszłości mogą wspierać decyzje terapeutyczne – uzupełnienie badań laboratoryjnych o ocenę NfL w surowicy, a w przypadku leczonych dokonałowo także w płynie mózgoworodzeniowym.

3. Potrzeby terapeutyczne

Obecny program zapewnia dostęp do wszystkich trzech podstawowych terapii modyfikujących przebieg SMA, oczekujemy na refundację nusinersenu w dawce wysokiej (HD).

W kolejnych latach należy uwzględnić:

- rozwój w połączeniu z adekwatnym finansowaniem kompleksowej opieki wspomagającej (rehabilitacja, opieka oddechowa, żywieniowa, ortopedyczna, psychologiczna) finansowanej równolegle z leczeniem farmakologicznym i dostępnej „blisko pacjenta” (rehabilitacja, opieka żywieniowa).

4. Liczba ośrodków

Obecna liczba ośrodków jest zasadniczo wystarczająca do zapewnienia wysokiej jakości leczenia.

Jednocześnie wskazane jest:

- utrzymanie sieci wysoko wyspecjalizowanych ośrodków referencyjnych,
- możliwość rozszerzania liczby realizatorów w regionach o ograniczonej dostępności,
- **rozwój modelu współpracy pomiędzy ośrodkami pediatrycznymi i dla dorosłych, zapewniającego płynne przejście pacjentów po ukończeniu 18 roku życia, wraz z zabezpieczeniem finansowania terapii w ośrodku dla dorosłych (automatyczne zwiększenie kontaktu o pulę wymaganą z kontynuacją leczenia po przejściu młodego dorosłego do ośrodka dla dorosłych), proponując stworzenie dedykowanego świadczenia na podsumowanie leczenia w ośrodku dla dzieci i rozpoczęcia leczenia w ośrodku dla dorosłych.**

5. Czy kontrakty są wystarczające?

Mimo narastającej liczby pacjentów kontrakty na rok 2026 zostały zmniejszone w porównaniu do kontraktów na rok 2025. Niepokój budzą zaległości w rozliczaniu tzw. obsługi programów lekowych, a więc kosztów diagnostyki pracy personelu (lekarze wielu specjalności zgodnie z opisem programu lekowego, pielęgniarki, fizjoterapeuci i in.). Finansowanie programu powinno być elastyczne i odpowiadać rzeczywistej liczbie leczonych pacjentów. Niezbędna jest alokacja środków na zatrudnienie koordynatora. Niezbędne jest uwzględnienie kosztów transportu pacjenta z niepełnosprawnością do i z ośrodka leczącego – obecnie jest to na koszt ośrodka leczącego, bez dedykowanego mechanizmu, który funkcjonuje od wielu lat np. u leczonych dializoterapią.

Rekomenduje się:

- zapewnienie pełnego finansowania wszystkich kwalifikujących się chorych,
- bieżące zwiększanie wartości kontraktów w przypadku wzrostu liczby pacjentów,
- unikanie limitowania dostępu do terapii z przyczyn finansowych,
- utrzymanie możliwości wydawania leków doustnych do stosowania domowego, co zmniejsza obciążenie pacjentów i ośrodków.

6. Liczba koordynatorów opieki w Polsce

Koordinacja opieki stanowi jeden z kluczowych elementów sukcesu programu.

Rekomenduje się:

- finansowanie etatu koordynatora w każdym ośrodku realizującym program,
- przyjęcie orientacyjnego wskaźnika $\frac{1}{2}$ etatu koordynatora na 30-50 aktywnie leczonych pacjentów, z możliwością zwiększenia zatrudnienia w największych centrach,
- rozszerzenie kompetencji koordynatora o organizację badań kontrolnych, współpracę z rehabilitacją, monitorowanie dokumentacji programu oraz wsparcie procesu przejścia pacjentów z opieki pediatrycznej do opieki dla dorosłych.

Podsumowanie

Program B.102.FM jest obecnie jednym z najlepiej zorganizowanych programów lekowych w Polsce i zapewnia szeroki dostęp do skutecznych terapii SMA. Dalszy rozwój powinien koncentrować się przede wszystkim na ograniczeniu obciążeń administracyjnych, cyfryzacji monitorowania, rozwoju koordynowanej opieki wielodyscyplinarnej, wdrażaniu biomarkerów oraz zapewnieniu stabilnego finansowania umożliwiającego leczenie wszystkich kwalifikujących się pacjentów.

3.8 B.102.FM LECZENIE CHORYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI. prof. dr hab. n. med. Katarzyna Kotulska-Jóźwiak

Program B.102, wprowadzony 1 stycznia 2019 roku, jest jednym z najlepiej funkcjonujących systemów opieki nad pacjentami z SMA na świecie. Obejmuje refundację wszystkich zarejestrowanych w tym wskazaniu leków: nusinersen, rysydypłam i onasemnogen abeparwówek, a także zawiera elementy koordynowanej opieki nad pacjentami z tą rzadką i ciężką chorobą.

Niezwykle istotnym uzupełnieniem jest wprowadzony w 2022 roku i obejmujący cały kraj program badań przesiewowych noworodków, co nie tylko umożliwia bardzo wczesne rozpoznanie choroby i włączenie leczenia zazwyczaj przed wystąpieniem jej pierwszych objawów u najmłodszych pacjentów, ale również skraca czas diagnostyki u starszych, nieobjętych jeszcze przesiewem, u których niedawno pojawiły się objawy.

W ostatnim roku wszystkie nastolatki rozpoczynające leczenie w programie miały w skali HFMSE co najmniej 60 pkt (maksymalna liczba wynosi 66), a czas od wystąpienia pierwszych objawów do rozpoznania nie przekraczał 9 miesięcy. Raporty sprzed ery leczenia SMA wskazywały na opóźnienie rozpoznania w SMA typu 3 (czyli tego z pierwszymi objawami choroby po osiągnięciu przez pacjentów kamienia milowego rozwoju w postaci samodzielnego chodzenia) sięgające 4 lat. Wpływ na to bardzo istotne skrócenie „odysei diagnostycznej” ma niewątpliwie rosnąca świadomość społeczna i rozpowszechnienie wiedzy o SMA wśród lekarzy i fizjoterapeutów.

Ostatnia zmiana leków w programie ogłoszona została we wrześniu 2026 roku i polega na wprowadzeniu do refundacji nusinersenu w wyższej dawce od 1 października 2026 roku. Niewątpliwie wyzwaniem na przyszłość będą kolejne leki: onasemnogen abeparwówek w postaci do podawania do kanału kręgowego, nowo zarejestrowany w 2026 roku do leczenia pacjentów od 2 roku życia oraz apitegromab, lek z grupy inhibitorów miostatyny, na razie zarejestrowany tylko w USA. Wyzwaniem, poza kwestiami ekonomicznymi, będzie na pewno ustalenie kryteriów kwalifikacji do tych terapii.

Ważną cechą programu B.102 jest szybkie wprowadzanie zmian w odpowiedzi na zidentyfikowane potrzeby: w ten sposób wprowadzono możliwość leczenia nusinersenem w ciąży, z której już kilka pacjentek skorzystało, zasady zmian leczenia i kwalifikacji do terapii genowej, a także zmieniano zakres badań i konsultacji oraz danych gromadzonych w systemie SMPT. Niewątpliwie w tej kwestii ogromne znaczenie ma ścisła i bardzo dobra współpraca Zespołu Koordynującego z konsultantami w dziedzinie neurologii dziecięcej i neurologii.

Obecnie w programie lekowym B.102 leczonych jest 1219 pacjentów, w tym 554 dzieci i 665 osób powyżej 18 roku życia. W najbliższym roku kolejne 35 osób przejdzie z opieki pediatrycznej do ośrodków zajmujących się dorosłymi. Uwzględniając stale zmniejszającą się liczbę urodzeń oznacza to, że w kolejnych latach będziemy mieli rosnącą przewagę pacjentów dorosłych leczonych w programie B.102. Program realizuje obecnie 37 ośrodków, z czego połowa leczy pacjentów dorosłych – na pewno w następnych latach rośnie będzie ich obciążenie, a co za tym idzie – pojawi się konieczność rozwijania sieci ośrodków dla dorosłych.

Wobec zgłaszanych trudności wynikających z limitów liczb świadczeń w ośrodkach neurologii dorosłych należy zidentyfikować to jako jedno z pilniejszych wyzwań. Doświadczenia w programie B.102 wskazują, że nawet krótkie przerwy w leczeniu prowadzą do szybkiej utraty uzyskanych wyników, a możliwość ich odzyskania jest niewielka. Każde włączenie leczenia po przerwie wiąże się ze słabszą odpowiedzią na lek, co najpewniej wynika z utraconych nieodwracalnie w czasie przerwy motoneuronów. Wyłączenie świadczeń w programie z limitów byłoby na pewno czynnikiem zmniejszającym ryzyko takich zdarzeń.

Należy także podkreślić, że ośrodki nowe powinny przechodzić odpowiednie szkolenia, zwłaszcza dla fizjoterapeutów, których badania są jednym z kluczowych elementów oceny skuteczności terapii.

Analizy skuteczności leczenia w programie dowodzą, że wszystkie stosowane w nim leki (a obecnie 663 pacjentów otrzymuje nusinersen, 492 – rysdyplam, a 94 otrzymało onasemnogen abeparwówek) są skuteczne, a czynnikiem decydującym o wynikach leczenia jest przede wszystkim czas włączenia terapii. Najlepsze wyniki uzyskiwane są u pacjentów przedobjawowych. Wśród nich ponad 90% nie rozwinęło objawów choroby. Wcześniej leczone dzieci, nawet objawowe, uzyskują kolejne kamienie milowe rozwoju; znakomita większość z nich osiąga umiejętność samodzielnego chodzenia przed 2 rokiem życia. W związku z tym zmienił się zasadniczo fenotyp pacjentów z SMA; rosną odsetki pacjentów bez istotnej niepełnosprawności. Pacjenci objawowi są jednak nadal w znaczącej większości, a ich potrzeby wraz z wiekiem i wydłużającym się czasem choroby rosną, ale także zmieniają się istotnie.

Coraz bardziej widoczna staje się potrzeba uzupełnienia zespołu zajmującego się pacjentem z SMA o osobę koordynatora, który usprawniłby opiekę i jednocześnie zmniejszył obciążenie personelu medycznego obowiązkami administracyjno-logistycznymi. Zatrudnianie koordynatorów nie jest jednak w programie przewidziane, a środki przeznaczone na świadczenia nie są wystarczające, aby szpitale i poradnie mogły je na koordynatorów przeznaczyć.

Podsumowanie

Program B.102 stanowi główną część modelowej kompleksowej opieki wielospecjalistycznej w chorobie rzadkiej. W ciągu kilku lat zbudowany został system zmieniający chorobę ciężką i zagrażającą życiu w chorobę przewlekłą, z obserwowaną poprawą kliniczną, a w przypadkach przedobjawowo leczonych – nawet w chorobę bezobjawową. Wyzwaniem pozostaje utrzymanie stabilności tego systemu. Konieczne jest wzmacnianie ośrodków zajmujących się pacjentami przez odpowiednią wycenę świadczeń oraz możliwość zatrudnienia koordynatorów, a także znalezienie rozwiązań minimalizujących ryzyko braku ciągłości terapii spowodowanej limitami świadczeń.

3.9 B.133 PROFILAKTYCZNE LECZENIE CHORYCH NA MIGRENĘ PRZEWLEKŁĄ. dr n. med. Magdalena Boczarska-Jedynak

Niniejsza opinia jest jednocześnie stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Bólów Głowy oraz Sekcji Bólu Głowy Polskiego Towarzystwa Neurologicznego w sprawie konieczności modyfikacji programu lekowego B.133 Profilaktyczne leczenie pacjentów z migreną przewlekłą. Opinia powstała w oparciu o aktualne rekomendacje międzynarodowych i polskich towarzystw naukowych z dziedziny bólów głowy, uwzględniając również spostrzeżenia lekarzy praktyków prowadzących program B.133.

W celu realizacji świadczeń zgodnie z aktualnymi rekomendacjami leczenia migreny przewlekłej pozytywnie opiniujemy wprowadzenie następujących zmian w zapisach programu B.133:

I. Zniesienie zapisu o braku możliwości ponownego uczestniczenia w programie – możliwość ponownego włączenia do programu chorych z migreną przewlekłą

Możliwość ponownego włączenia do programu chorych, którzy zakończyli program B.133, u których doszło do nawrotu migreny przewlekłej [definiowanej jako ból głowy występujący przez co najmniej 15 dni w miesiącu (w tym co najmniej przez 8 dni występuje ból o morfologii migrenowej)], przez co najmniej 3 kolejne miesiące].²⁴ Aktualnie chorzy mogą uczestniczyć w programie tylko jeden raz i po jego zakończeniu, w przypadku nawrotu choroby nie mogą ponownie otrzymać refundowanego leczenia.

II. Zniesienie liniowości

Możliwość rozpoczęcia terapii migreny przewlekłej (CM) za pomocą równorzędnych leków o potwierdzonej skuteczności: toksyny botulinowej typu A (onabotulinotoxin A, ONA-BoNT/A) lub przeciwciała monoklonalnego anti-CGRP/R-CGRP (mAbs-CGRP).

Uzasadnienie:

Rekomendacje towarzystw naukowych i grup ekspertów – International Headache Society²⁵, American Headache Society²⁶, Polskiego Towarzystwa Bólów Głowy^{27,28}, Sekcji Bólów Głowy Polskiego Towarzystwa Neurologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, opracowane na podstawie wyników licznych badań farmakoklinicznych z randomizacją (RCT) oraz dowodów wynikających z praktyki klinicznej

24. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1–211.

25. Puledda F, Sacco S, Diener HC, et al. International Headache Society Global Practice Recommendations for Preventive Pharmacological Treatment of Migraine. Cephalalgia. 2024;44(9):3331024241269735. doi:10.1177/03331024241269735.

26. Charles AC, Digre KB, Goadsby PJ, Robbins MS, Hershey A; American Headache Society. Calcitonin gene-related peptide-targeting therapies are a first-line option for the prevention of migraine: an American Headache Society position statement update. Headache. 2024;64(4):333–341. doi:10.1111/head.14692.

27. Domitrz I, Kozubski W, Stępień A, et al. The Polish Experts' Consensus Statement: 2023 update on new therapies for migraine. Arch Med Sci. 2024;20(1):339–343. doi:10.5114/aoms/175063.

28. Stępień A, Kozubski W, Rożniecki J, Domitrz I. Rozpoznawanie i leczenie migreny 2024 – aktualizacja rekomendacji. Ból. 2024;25:9–33.

(RWE)²⁹, jednoznacznie wskazują na równoważność terapii migreny przewlekłej za pomocą ONA-BoNT/A lub mAbs-CGRP i ze względu na ich skuteczność, tolerancję i profil bezpieczeństwa rekomendują je jako równorzędne, pierwszoliniowe leki profilaktyczne o uznanej skuteczności w CM. Wybór terapii zależny jest przede wszystkim od obrazu klinicznego, a także schorzeń współistniejących i wcześniejszych niepowodzeń terapii. Decyzja podejmowana jest przez lekarza prowadzącego leczenie, we współpracy z pacjentem.

W celu ograniczenia kosztów realizacji świadczeń pozytywnie opiniujemy następujące modyfikacje zapisów programu B.133:

1. Dwuetapowa ocena skuteczności leczenia toksyną botulinową

Wprowadzenie dwuetapowej oceny skuteczności terapii ONA-BoNT/A, skutkujące skróceniem okresu terapii ONA-BoNT/A u pacjentów nieodpowiadających na leczenie po pierwszym cyklu terapii (ok. 50% chorych). Opiniujemy, aby pierwsza ocena skuteczności ONA-BoNT-A była przeprowadzona po 6 miesiącach (po 2 cyklach, V6), a skuteczność terapii po 6 miesiącach była definiowana jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu (MHD) o co najmniej 30%.

Opiniujemy również, by druga ocena skuteczności ONA-BoNT-A była przeprowadzona jak dotychczas – po 9 miesiącach (po 3 cyklach, V9), a skuteczność terapii na V9 była definiowana jako zmniejszenie MHD o co najmniej 50%.

Uzasadnienie:

Ocena dwuetapowa oparta jest na dowodach z praktyki klinicznej (RWE), potwierdzających, że osoby, które nie osiągnęły co najmniej 30% redukcji liczby MHD po 6 miesiącach nie odniosą korzyści z leczenia za pomocą ONA-BoNT/A i nie ma uzasadnienia podtrzymywanie tego rodzaju terapii.³⁰ Druga ocena po 3. cyklu ONA-BoNT/A (po 9 miesiącach terapii, V9) mogłaby zapobiec sytuacji, gdy pacjenci z redukcją MHD mniejszą niż 50% (a więc niespełniający uniwersalnego kryterium skuteczności²⁵ i teoretycznie mogący nadal cierpieć z powodu CM) będą leczeni ONA-BoNT/A przez kolejne 2 cykle (do 12 miesięcy), zamiast wdrożenia terapii mAb.³¹

Zatem opiniujemy, aby nieskuteczność ONA-BoNT/A na V6 lub V9 (definiowana jak powyżej) skutkowałą zaniechaniem terapii ONA-BoNT/A.³²

2. Zmiana definicji nawrotu migreny przewlekłej w ramach 12-miesięcznej obserwacji w programie

Opiniujemy zmianę definicji nawrotu CM określając go jako ponowne zwiększenie liczby dni z bólem głowy do co najmniej 15 dni w miesiącu, w tym 8 dni z bólem migrenowym, przez ostatnie 3 miesiące.

Uzasadnienie:

Dotychczasowa definicja określała nawrót CM (w ramach 12-miesięcznej obserwacji w programie) jako

25. Puledda F, Sacco S, Diener HC, et al. International Headache Society Global Practice Recommendations for Preventive Pharmacological Treatment of Migraine. *Cephalalgia*. 2024;44(9):3331024241269735. doi:10.1177/03331024241269735.

29. Domitrz I, Karaszewski B, Stępień A. Real-world treatment chronic migraine in Poland. *Arch Med Sci*. 2024;20(6):2082–2084. doi:10.5114/aoms/197281.

30. Ornello R, Ahmed F, Negro A, et al. Early Management of OnabotulinumtoxinA Treatment in Chronic Migraine: Insights from a Real-Life European Multicenter Study. *Pain Ther*. 2021;10(1):637–650. doi:10.1007/s40122-021-00253-0.

31. Wang YF, Yang FC, Chen LA, et al. Comparative effectiveness and tolerability of calcitonin gene-related peptide monoclonal antibodies and onabotulinumtoxinA in chronic migraine: a multicenter, real-world study in Taiwan. *Eur J Neurol*. 2024;31(9):e16372. doi:10.1111/ene.16372.

32. Boczarska-Jedynak M, Blumenfeld AM. When should the effectiveness of a botulinum toxin A for chronic migraine be assessed in the face of newest International Headache Society recommendations? *Cephalalgia*. 2025;45(7):3331024251363268. doi:10.1177/03331024251363268.

zwiększenie o co najmniej 1/3 MHD lub o co najmniej 1/3 liczby dni z bólem migrenowym w miesiącu (MMD) lub o co najmniej 1/3 liczby dni, w których są stosowane leki przerywające napad, co powodowało, że do ponownego leczenia w ramach programu B.133 mogli zakwalifikować się chorzy nie spełniający kryteriów rozpoznania CM. Zmiana zapisów programu dotycząca definicji nawrotu jako kryterium ponownego rozpoznania CM ograniczy konieczność ponownego leczenia lekami pierwszej linii (onaBoNT/A lub mAbsCGRP) jedynie do tych chorych, którzy faktycznie tego leczenia wymagają.²⁴

3. Działania profilaktyczne w zakresie nawrotu migreny przewlekłej

Intensywne działania edukacyjne zapobiegające chronifikacji migreny (eliminacja czynników ryzyka chronifikacji poprzez m.in. ścisłe przestrzeganie zasad terapii przerywającej napad, regularny tryb życia, aktywność ruchową, opiekę psychoterapeutyczną, redukcję masy ciała) u chorych, którzy zakończyli 12-miesięczny cykl terapii, realizowane w trakcie obserwacyjnych wizyt kontrolnych odbywających się co 3 miesiące. Ponadto – zwiększenie i intensyfikacja działań edukacyjnych dla lekarzy w trakcie organizowanych przez SBG PTN i PTBG kursów certyfikujących do programu B.133 oraz konferencji naukowo-szkoleniowych.

Uzasadnienie:

Celem realizacji programu B.133 jest nie tylko zmniejszenie częstości napadów migreny do tej odpowiadającej definicji migreny epizodycznej, ale również dążenie, by w okresie poprawy po leczeniu chorzy odzyskali motywację do podjęcia działań minimalizujących ryzyko nawrotu CM. W sposób szczególny należy edukować lekarzy nie tylko w zakresie rozpoznania CM, ale także czujności diagnostyczno-terapeutycznej w zakresie nawrotu CM u chorych, którzy w wyniku terapii uzyskali poprawę.

4. Usunięcie z zapisów programu wizyt kontrolnych pacjentów realizowanych co 3 miesiące

Opis:

Usunięcie zapisu o konieczności realizowania wizyt kontrolnych u pacjentów już po zakończeniu udziału w programie B.133. Przejęcie opieki nad chorymi przez ośrodki AOS w miejscu zamieszkania.

Uzasadnienie:

Po zakończeniu udziału pacjenta w programie B.133 dalsza opieka nad chorym sprawowana jest w ośrodkach AOS lub w POZ w miejscu zamieszkania. Konieczność przyjęcia pacjenta w specjalistycznych placówkach realizujących program B.133, jak wynika z obecnych zapisów programu, stanowi duże wyzwanie logistyczne i zmniejsza możliwość realizacji świadczeń w ramach samego programu B.133. Usunięcie zapisu jest zmianą bezkosztową, a może poprawić dostęp do leczenia dla nowych chorych włączanych do programu.

5. Możliwości zmiany zasad monitorowania pacjenta i realizacji niektórych etapów programu B.133 w AOS:

W obszarze częstotliwości, zakresie diagnostyki i monitorowania pacjenta – Zespół rekomenduje utrzymanie dotychczasowego 3-miesięcznego okresu dla wykonywania wizyt kontrolnych w czasie 12 miesięcznej obserwacji chorego w ramach programu (po leczeniu onaBoNT-A lub mAbsCGRP), jednak już nie po zakończeniu udziału pacjenta w programie – wówczas opiekę nad chorym powinny przejąć ośrodki AOS.

24. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1–211.

W zakresie zasadności wydawania pacjentom leków w większej niż dotychczas ilości – program B.133 nie wymaga zmian.

Ewentualne szacunki epidemiologiczne (liczba nowych pacjentów rocznie, oczekiwany trend w zmianach wyboru pierwszej terapii) nie są w opinii Zespołu możliwe do przeprowadzenia i wykraczają poza możliwości oceny z uwagi na nieprzewidywalne okoliczności wyboru leczenia pierwszej linii (onaBoNT/A vs mAbs-CGRP), które są okolicznościami klinicznymi i należącymi jedynie do lekarza prowadzącego.

Realizacja niektórych etapów programu B.133 w AOS jest w opinii Zespołu możliwa jedynie na etapie wstępnym – przygotowaniu dokumentacji potwierdzającej wymagane niepowodzenia farmakoterapii.

W opinii Zespołu nierealnym jest stosowanie leków w programie B.133 (onaBoNT-A i mABs-CGRP) w AOS, z uwagi na obecną organizację pracy tych jednostek. Ewentualne stosowanie w/w leków w AOS wymagałoby olbrzymich zmian organizacyjnych oraz nadzorujących realizację programu B.133, które zdaniem Zespołu wykraczałyby poza możliwości finansowania ze środków publicznych, a najpewniej byłyby też niemożliwe z uwagi na niedostateczną ilość lekarzy neurologów specjalizujących się w leczeniu bólów głowy, zwłaszcza ekstremalnie trudnej postaci migreny jaką jest CM. Z uwagi na napływające sygnały ze strony lekarzy realizujących program B.133 dotyczące wielokrotnie zgłaszanych NIEPRAWIDŁOWOŚCI W SYSTEMIE SMPT, pragniemy zwrócić szczególną uwagę na to znaczące utrudnienie logistyczne.

Problemy w działaniu systemu SMPT generują czasochłonne dodatkowe działania ze strony lekarzy prowadzących program bez pomocy asystentów czy sekretarek medycznych, a ogromna ilość pracy administracyjnej (tworzenie rejestrów pacjentów osobnych dla dyrekcji, ośrodków prowadzących program oraz prowadzenie SMPT dla NFZ) uniemożliwiają właściwe raportowanie pacjentów oczekujących na włączenie do programu. Ośrodki prowadzą własne (papierowe) listy oczekujących, co z kolei daje fałszywy obraz oczekiwań i potrzeb ze strony pacjentów w zakresie leczenia CM, w skali całego kraju.

Ponadto, w związku z włączeniem do programu B.133 preparatu leczniczego mABsCGRP – eptinezumab (Vyepti) wnioskujemy o wprowadzenie dodatkowej procedury w programie: „Dożylne podanie eptinezumabu” i wycenę jej analogicznie do wyceny procedury podania toksyny botulinowej. Eptinezumab jest lekiem podawanym dożylnie, czas trwania wlewu dożylnego (pompa strzykawkowa lub kroplowy wlew dożylny) trwa 30-60 minut, wymaga dostępności gabinetu zabiegowego, zaangażowania dodatkowego personelu medycznego (lekarz, pielęgniarka), zabezpieczenia sprzętowego (zestawy do przetoczeń, wenflony, gaziki, środki opatrunkowe, zestawy przeciwwstrząsowe) oraz możliwości obserwacji chorego w ośrodku po podaniu leku (ok 30 min).

6. Liczba ośrodków w programie B.133 oraz kontraktowanie świadczeń

Obecnie liczba ośrodków prowadzących program wydaje się być niewystarczająca i wymaga zwiększenia. Kontraktowanie świadczeń powinno być zależne od wydolności ośrodków, a w placówkach aktywnie działających sugerujemy wzrost kontraktowania świadczeń o min 50%. W naszej opinii nie ma potrzeby zatrudniania koordynatora programu w ośrodkach.

7. Certyfikacja

Do prowadzenia programu B.133 wymagany jest imienny certyfikat lekarza dotyczący znajomości diagnostyki i leczenia migreny przewlekłej wydawany przez PTBG i SBG PTN oraz zaświadczenie zrealizowania kursu z zakresu leczenia toksyną botulinową przewlekłej migreny.

3.10 B.138.FM LECZENIE PACJENTÓW ZE SPEKTRUM ZAPALENIA NERWÓW WZROKOWYCH I RDZENIA KRĘGOWEGO (NMOSD). prof. dr hab. n. med. Beata Zakrzewska-Pniewska

1. Kryteria włączenia i wyłączenia do/z programu lekowego

W aspekcie ogólnym w/w kryteria nie wymagają gruntownych modyfikacji. Nie jest uzasadniony merytorycznie punkt 1.6.: *brak wcześniejszego leczenia inną terapią z zastosowaniem leków z grupy inhibitorów interleukiny-6* (należy do tej grupy tocilizumab, stosowany np. w leczeniu ciężkich postaci COVID-19 a czasami NMOSD o ciężkim przebiegu. Wymaga on wg mnie **usunięcia**, a jeśli można rozważać (hipotetycznie) interakcje między satralizumabem a terapiami anti-IL-6 stosowanymi dawniej u danego pacjenta to całkowicie bezpieczne z punktu widzenia farmakokinetyki i odległego wpływu na układ immunologiczny będzie uwzględnienie okresu *wash-out* – **2 lata**. Ta uwaga mogłaby być zawarta w punkcie 2. Jako Kryterium uniemożliwiające włączenie do programu. Uzupełnienie punktu 2.5. *o leczenie anti-IL-6 w ciągu 2 lat przed przystąpieniem do programu*.

2. Potrzeby diagnostyczne (diagnostyka) – kwalifikacja do programu i monitorowanie programu

Monitorowanie programu powinno być uproszczone i zbliżone do zasad programu B.29. Nie jest uzasadniona ocena skuteczności ani analizowanie wskaźników efektywności w ramach monitorowania programu. Przeprowadzone i opublikowane analizy RWD dotyczące leczenia NMOSD satralizumabem potwierdzają skuteczność i bezpieczeństwo tej terapii w seropozytywnym NMOSD. Nie jest uzasadnione, by w opisie programu był zawarty opis oczekiwanych korzyści zdrowotnych ani szczegółowy opis danych wprowadzanych do systemu SMPT.

3. Potrzeby terapeutyczne (leki – nowe substancje, nowe wskazania lub nowe postacie)

Europejskie oraz polskie rekomendacje podkreślają, że w leczeniu seropozytywnego NMOSD stosuje się nie tylko satralizumab, ale także inne przeciwciała monoklonalne: ekulizumab, rawulizumab oraz inebilizumab.

Program B.138.FM powinien być rozszerzony o możliwość leczenia także tymi preparatami. Kryteriami dla w/w alternatywnych immunoterapii mogłyby być w tym przypadku: obecność przeciwwskazań do leczenia satralizumabem, brak skuteczności, niepełna skuteczność oraz zła tolerancja leczenia satralizumabem.

4. Liczba ośrodków – czy obecna liczba ośrodków jest wystarczająca, czy są potrzeby nowych, czy jest ich za dużo?

Ta kwestia wymaga analiz przez eksperta zajmującego się aspektami ekonomicznymi w ochronie zdrowia. Jako klinicysta mogę jedynie sugerować, że wydaje się, iż zasady organizacji leczenia NMOSD w Polsce powinny być zbliżone do zasad zawartych w programie B.29 obowiązującym dla stwardnienia rozsianego. Wypracowane procedury diagnostyczno-terapeutyczne powinny brać pod uwagę dane epidemiologiczne dot. NMOSD. Do programu B.128.FM zgłoszonych jest 160 pacjentów z 37 ośrodków. W czasie trzech lat monitorowania programu zareportowano trzy zgony pacjentów; we wszystkich przypadkach doszło do zgonu u osób z wieloma schorzeniami współistniejącymi a przyczyną zgonu nie było leczenie satralizumabem.

5. Czy kontrakty są wystarczające czy wymagają zwiększenia, jeżeli tak to o ile (% lub liczba bezwzględna)?

Kontrakty powinny być adekwatne do potrzeb.

6. Liczba koordynatorów opieki w skali Polski – czy istnieje potrzeba utworzenia funkcji koordynatora w danym programie, na jaką liczbę pacjentów w programie powinien przypadać 1 koordynator?

Istnieją przesłanki, by dla populacji chorych z NMOSD zaproponować model opieki koordynowanej. Ponieważ NMOSD jest chorobą rzadką (aktualnie w Polsce leczymy 160 pacjentów), wydaje się, że opieka nad pacjentami z NMOSD mogłaby być jednocześnie koordynowana przez koordynatora zatrudnionego do pracy z chorymi na stwardnienie rozsiane – zazwyczaj programy B.29 i B.138.FM są realizowane przez te same ośrodki.

3.11 B.153 LECZENIE PACJENTÓW Z NAPADAMI PADACZKOWYMI W PRZEBIEGU ZESPOŁU STWARDNIENIA GUZOWATEGO, B.154.FM LECZENIE PACJENTÓW Z ZESPOŁEM LENNOXA-GASTAUTA LUB Z ZESPOŁEM DRAVET.

dr hab. n. med. Magdalena Bosak, prof. UJ

prof. dr hab. n. med. Maria Mazurkiewicz-bełdzińska

prof. dr hab. n. med. Justyna Paprocka

prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak

1. Kryteria włączenia i wyłączenia do/z programu lekowego – potrzeby zmian

Zasadna wydaje się modyfikacja kryterium wyłączenia z programu dotyczącego oceny adekwatnej odpowiedzi na leczenie. Obecnie przyjęty harmonogram oceny może być niewystarczający w przypadku leków wymagających stopniowej eskalacji dawki. Proponuje się, aby pierwsza ocena adekwatnej odpowiedzi klinicznej była przeprowadzana po 6 miesiącach leczenia, a kolejne co 3 miesiące. Zmiana ta wynika z faktu, że u wielu pacjentów z padaczką lekooporną osiągnięcie dawki terapeutycznej i skutecznej odpowiedzi klinicznej wymaga dłuższego czasu, szczególnie w przypadku konieczności powolnej eskalacji dawki i optymalizacji terapii skojarzonej.

2. Potrzeby diagnostyczne (kwalifikacja do programu i monitorowanie)

Kwalifikacja pacjentów do programu lekowego powinna być prowadzona przez specjalistę neurologa, posiadającego doświadczenie w diagnostyce i leczeniu padaczki. Ze względu na złożoność diagnostyczną, konieczność różnicowania typów napadów, interpretacji badań EEG oraz optymalizacji leczenia przeciwpadaczkowego, decyzja terapeutyczna wymaga specjalistycznej wiedzy klinicznej.

Leczenie oraz monitorowanie pacjentów w programie powinno być realizowane przede wszystkim przez poradnie specjalistyczne oraz oddziały dla pacjentów z padaczką, dysponujące odpowiednim doświadczeniem diagnostycznym i terapeutycznym.

3. Potrzeby terapeutyczne (nowe substancje, wskazania, postacie leków)

Wskazane jest rozszerzenie możliwości stosowania cenobamatu w encefalopatiach padaczkowych i rozwojowych w ramach programu lekowego, zgodnie z wcześniejszym stanowiskiem i wnioskiem zgłaszanym przez Polskie Towarzystwo Neurologów Dziecięcych. W praktyce klinicznej istnieje grupa pacjentów z ciężkimi encefalopatiami padaczkowymi, u których dostęp do nowych terapii może przynieść istotną poprawę kontroli napadów oraz jakości życia.

4. Liczba ośrodków realizujących program

Obecna liczba ośrodków realizujących program wydaje się wystarczająca, pod warunkiem zapewnienia odpowiedniego poziomu finansowania i utrzymania dostępu do świadczeń w skali kraju.

5. Czy kontrakty są wystarczające?

Obecny poziom finansowania programu należy uznać za niewystarczający. Kontrakty powinny zostać zwiększone co najmniej o 50%, aby zapewnić odpowiedni dostęp do terapii dla pacjentów spełniających kryteria leczenia oraz ograniczyć ryzyko niedostępności programu wynikającej z ograniczeń budżetowych.

6. Liczba koordynatorów opieki – potrzeba funkcji koordynatora

W opinii środowiska klinicznego nie ma konieczności tworzenia funkcji koordynatora opieki w programie, ponieważ proces kwalifikacji, monitorowania i modyfikacji leczenia może być skutecznie realizowany przez neurologa prowadzącego oraz wyspecjalizowane ośrodki leczenia padaczki. Wprowadzenie dodatkowych struktur administracyjnych mogłoby wydłużyć ścieżkę decyzyjną bez istotnej poprawy jakości opieki nad pacjentem.

3.12 B.154.FM LECZENIE PACJENTÓW Z ZESPOŁEM LENNOXA-GASTAUTA LUB Z ZESPOŁEM DRAVE.

prof. dr hab. n. med. Justyna Paprocka,

Przewodnicząca Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet

Program B.154 obejmuje pacjentów od ukończenia 2. roku życia, bez określenia górnej granicy wieku. Kwalifikacja wymaga klinicznego rozpoznania zespołu Lennox-Gastauta lub zespołu Dravet oraz braku kontroli napadów pomimo zastosowania co najmniej trzech leków przeciwnapadowych w odpowiednich dawkach i przez odpowiedni czas. Istotnym elementem jest dokumentacja wcześniejszego leczenia i dzienniczek napadów prowadzony przez co najmniej sześć miesięcy przed rozpoczęciem terapii. W przypadku kannabidiolu warunkiem pozostaje jednocześnie stosowanie klobazamu.

W 2026 roku wprowadzono istotne zmiany zarówno w zapisach programu lekowego B.154, jak i w obsługującym go systemie SMPT. Od 1 stycznia 2026 roku kwalifikację pacjentów oraz ocenę skuteczności leczenia powierzono Zespołowi Koordynacyjnemu ds. Leczenia pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet, powoływanemu przez Prezesa NFZ. Wprowadzono obowiązek uzyskania zgody Zespołu na zmianę kannabidiolu na fenfluraminę lub odwrotnie oraz powierzono mu ustalanie wartości wyjściowych do kolejnych ocen skuteczności po zmianie leku. Usunięto również odrębne kryterium wyłączenia dotyczące dodania nowego leku do schematu leczenia przeciwnapadowego przy braku adekwatnej odpowiedzi, zachowując wymagany próg skuteczności terapii. Ponadto dopuszczono odroczenie oceny skuteczności, maksymalnie o dziewięć miesięcy, w przypadku stanów uniemożliwiających jej miarodajne przeprowadzenie, takich jak infekcja, gorączka lub wzrost aktywności enzymów wątrobowych.

Dostosowanie systemu SMPT do nowych zasad następowało etapowo. 22 kwietnia 2026 roku wdrożono obsługę zmiany leku w punkcie kontrolnym, z możliwością przekazania wniosku do decyzji Zespołu Koordynacyjnego i określenia przez niego wartości wyjściowej liczby napadów do kolejnych ocen. Dodano pole „Ocena skuteczności – TAK/NIE” oraz możliwość dokumentowania odroczenia oceny z przyczyn medycznych. Usunięto także przyczynę zakończenia programu „Dodanie nowego leku

do schematu leczenia przeciwpadaczkowego” i doprecyzowano sposób obliczania okresu wcześniejszego leczenia u pacjentów kontynuujących terapię finansowaną uprzednio z innych źródeł. 20 maja 2026 roku udostępniono Zespołowi Koordynacyjnemu i jednostce koordynującej ekran wykonań oraz rozszerzono funkcje raportowania i rozliczeń. 26 czerwca 2026 roku uruchomiono jednostopniową kwalifikację nowych pacjentów przez Zespół, z zastosowaniem do dat kwalifikacji od 1 stycznia 2026 roku. Udostępniono również historię wcześniejszych programów pacjenta oraz obsługę ustalania wartości odniesienia przy kolejnej kwalifikacji do innego leku. Daty te oznaczają wdrożenie funkcjonalności informatycznych i należy je odróżnić od dat obowiązywania zapisów programu.

Od 1 lipca 2026 roku rozszerzono zapisy programu o możliwość zmiany kannabidiolu na fenfluraminę lub odwrotnie również w przypadku braku skuteczności określonego w jego kryteriach. Wcześniej zamiana była dopuszczalna wyłącznie z powodu przeciwwskazań zgodnych z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Dalszy rozwój Programu B.154 powinien koncentrować się na analizie wyników leczenia w warunkach rzeczywistej praktyki, pełniejszej ocenie korzyści dla pacjentów i ich rodzin oraz zapewnieniu ciągłości terapii. Odpowiednie finansowanie świadczeń, dostęp do badań kontrolnych i wsparcie organizacyjne ośrodków są niezbędne, aby możliwości wynikające z refundacji obu leków przekładały się na trwałą poprawę opieki.

3.13 B.157 LECZENIE CHORYCH Z UOGÓLNIONĄ POSTACIĄ MIASTENII. prof. dr hab. n. med. Anna Kostera-Pruszczyk

1. Kryteria włączenia i wyłączenia z programu – proponowane zmiany

Obecne kryteria kwalifikacji zapewniają wysokie bezpieczeństwo stosowania terapii, jednak w praktyce klinicznej są nadal restrykcyjne i ograniczają możliwość wdrożenia leczenia u części pacjentów, którzy mogliby odnieść istotną korzyść, zgodnie z danymi z badań klinicznych oraz coraz liczniejszych publikowanych danych z rzeczywistej praktyki klinicznej (RWE – *real world evidence*).

Proponowane zmiany

- odejście od wymogu bardzo długiego wcześniejszego leczenia immunosupresyjnego na rzecz kwalifikacji opartej na aktywności choroby i ryzyku jej progresji,
- możliwość wcześniejszego zastosowania terapii biologicznych u chorych z:
 - wysoką aktywnością choroby jako terapii pomostowej (na określony czas, np. 6 miesięcy, przy szczegółowym określeniu kryteriów merytorycznych),
 - koniecznością przewlekłego stosowania dużych dawek glikokortykosteroidów (sterydozależność) lub udokumentowanymi istotnymi działaniami niepożądanymi ich stosowania,
- dopuszczenie leczenia jako terapii steroidooszczędnej,
- możliwość kwalifikacji chorych wymagających przewlekłych podań IVIg lub plazmaferez jako leczenia pomostowego także w pierwszych latach trwania choroby, przed koniecznością przejścia przez kolejne linie długotrwałego leczenia immunosupresyjnego.

2. Potrzeby diagnostyczne

Program wymaga wysokiej jakości diagnostyki kwalifikacyjnej oraz jednolitego monitorowania skuteczności leczenia. Kwalifikacja powinna obejmować możliwość wykonywania:

- przeciwciał przeciwko AChR i przeciwko MuSK metodą o najwyższej czułości (obecnie rekomendowana metoda CBA – *cell based assay*), wobec niższej czułości diagnostycznej i ryzyka wyników fałszywie dodatnich przy stosowaniu metody ELISA, przeciwciał anty-LRP4 (w wybranych przypadkach),

- SFEMG (obecnie dostępna w kilku ośrodkach referencyjnych – rekomendowane wykonanie badania w ośrodku referencyjnym),
- tomografii lub rezonansu śródpiersia,
- oceny funkcji oddechowej (FVC, SNIP/MIP w wybranych przypadkach), ich monitorowania (w wybranych przypadkach, do decyzji lekarza).

Monitorowanie – należy rozważyć:

- dołączenie formularza oceny dokonywanej przez pacjenta (PROMS), np. MG-QoL15r.

W przyszłości warto umożliwić wykorzystanie:

- elektronicznych PROMS,
- zdalnego raportowania MG-ADL.

3. Potrzeby terapeutyczne

Program powinien umożliwiać sukcesywne włączanie nowych terapii zgodnie z rejestracją EMA i decyzjami refundacyjnymi. Najważniejsze potrzeby obejmują:

- rozszerzenie dostępu do inhibitorów FcRn,
- rozszerzenie dostępu do inhibitorów C5,
- włączenie kolejnych przeciwciał monoklonalnych po uzyskaniu refundacji,
- możliwość zmiany pomiędzy terapiami biologicznymi, także w obrębie tej samej klasy, przy nieskuteczności lub utracie odpowiedzi,
- możliwość stosowania leczenia zgodnie z potrzebami i preferencjami pacjenta (terapię dożylną, podskórną).

4. Liczba ośrodków

Obecna liczba ośrodków aktywnie prowadzących leczenie jest niewystarczająca. W wielu województwach dostęp do programu jest ograniczony, jak się wydaje głównie wielkością kontraktów na finansowanie leczenia w programie B.157, co skutkuje:

- koniecznością wielogodzinnych dojazdów,
- nierównym dostępem do nowoczesnego leczenia, a prawdopodobnie także długim czasem oczekiwania.

Docelowo każdy region powinien dysponować co najmniej jednym wysoko wyspecjalizowanym ośrodkiem prowadzącym program, a województwa o największej liczbie mieszkańców – kilkoma ośrodkami. Pożądane jest również tworzenie sieci współpracy pomiędzy ośrodkami regionalnymi i referencyjnymi.

5. Czy kontrakty są wystarczające?

Obecnie kontrakty w części województw nie odpowiadają rzeczywistym potrzebom. Wraz z rozszerzaniem wskazań, zwiększaniem liczby refundowanych terapii, wcześniejszym rozpoczynaniem leczenia, liczba kwalifikowanych chorych będzie systematycznie rosła. Zasadne jest: zwiększenie wartości kontraktów, rytmiczność rozliczeń programu przez Płatnika (unikanie opóźnień) oraz możliwość szybkiego zwiększania limitów w przypadku wzrostu liczby pacjentów.

6. Liczba koordynatorów opieki

Program wymaga znacznie większego wsparcia organizacyjnego niż większość programów lekowych. Koordynator odpowiada m.in. za: organizację kwalifikacji, harmonogram podań, dokumentację

programu, rozliczenia, kontakt z pacjentem, monitorowanie terminów badań oraz współpracę z NFZ. Przy obecnej liczbie ośrodków szacunkowe zapotrzebowanie wynosi około 0,2-1 etatu koordynatora w każdym ośrodku realizującym program zależnie od liczby leczonych pacjentów. Należy podkreślić, że program adresowany jest obecnie do szczególnie ciężko chorujących na miastenię pacjentów, co oznacza, że wizyta w ośrodku w ramach programu wiąże się faktycznie nie tylko z monitorowaniem leczenia i podaniem leku, ale także z prowadzeniem opieki nad pacjentami w wielu aspektach ich zdrowia (leczenie infekcji, decyzje o podaniu leku w warunkach czasowych względnych przeciwwskazań, itp.).

Podsumowanie

Program B.157 stanowi istotny krok w poprawie dostępności do nowoczesnego leczenia miasteni uogólnionej w Polsce. Dalszy rozwój programu powinien koncentrować się na wcześniejszym wdrażaniu terapii biologicznych, uproszczeniu kryteriów kwalifikacji, rozszerzeniu diagnostyki, zwiększeniu liczby ośrodków i kontraktów oraz zapewnieniu odpowiedniej liczby koordynatorów opieki. Pozwoli to ograniczyć liczbę zaostreżeń i hospitalizacji, zmniejszyć ekspozycję na glikokortykosteroidy, redukcje skumulowanych działań niepożądanych wieloletniej immunosupresji lekami doustnymi oraz poprawić jakość życia pacjentów przy jednoczesnym bardziej efektywnym wykorzystaniu zasobów systemu ochrony zdrowia. Może to pozwolić na istotną redukcję kosztów pośrednich miasteni (szacowanej dwa lata temu na około 500 mln zł) oraz przywrócenie wielu pacjentów i ich opiekunów aktywności zawodowej i społecznej.

3.14 B.170 LECZENIE DOROSŁYCH PACJENTÓW Z POLINEUROPATIĄ W I LUB II STADIUM ZAAWANSOWANIA W PRZEBIEGU DZIEDZICZNEJ AMYLOIDOZY TRANSTYRETYNOWEJ. dr n. med. Marta Lipowska

Program zastał wprowadzony od 1 kwietnia 2025 roku, a pierwsi pacjenci rozpoczęli leczenie w programie w styczniu 2025 roku. Aktualnie jest leczonych 14 pacjentów, a trzech jest w trakcie kwalifikacji lub oczekiwania na włączenie terapii.

1. Kryteria włączenia i wyłączenia do/z programu lekowego

Wg. opinii zespołu koordynacyjnego kryteria włączenia i wyłączenia do/z programu lekowego nie wymagają modyfikacji. Kryteria włączenia do programu to dorośli pacjenci, u których stwierdzono polineuropatię stadium I lub II wg klasyfikacji Coutinho (stadium I – pacjent chodzący samodzielnie z objawami polineuropatii; stadium II – pacjent chodzący z jedno- lub obustronnym podparciem z objawami polineuropatii), jako skutek dziedzicznej postaci ATTR. Przeciwwskazania dotyczą: współistnienia zaawansowanego uszkodzenia narządowego o złym rokowaniu oraz okresu ciąży/karmienia – co stanowiłoby sytuację kazuistyczną, ponieważ prawie wszyscy pacjenci zachorowują po 50 r. ż. Kryteria włączenia pozwalają na wdrożenie leczenia u wszystkich pacjentów z łagodną i umiarkowaną nasiloną polineuropatią i są zgodne z ChPL produktu leczniczego (aktualnie w programie jest jeden lek- wutrisiran).

2. Potrzeby diagnostyczne (diagnostyka) – kwalifikacja do programu i monitorowanie programu

Badania dotyczące kwalifikacji i monitorowania w programie B.170 nie mają ograniczeń dostępności ani nie są wysoce kosztochłonne, są możliwe do wykonania w każdym wielospecjalistycznym szpitalu. Zwykle jedyne badania z koniecznością wykonania poza ośrodkiem kwalifikującym w ramach badania wysyłkowego, to badania krwi: stężenie prealbuminy (transtyretyny) oraz stężenia witaminy A.

Odnosnie kryteriów kwalifikacji oraz monitorowania programu, to jedyne niewielkie uwagi, jakie zgłasza zespół koordynacyjny, to:

- **Badania przy kwalifikacji punkt 2:** zamiast sekwencjonowania genu proponowane wpisanie: badanie genetyczne potwierdzające mutację patogenną w genie transtyretyny TTR, ponieważ w diagnostyce nosicieli w rodzinie badanie genetyczne może być celowane na konkretną mutację.
- **Monitorowanie leczenia pkt 8:** Rekomendowane usunięcie oznaczeń kontrolnych stężenia witaminy A, ponieważ stężenie witaminy A w trakcie terapii wutrisyranem pozostaje obniżone wtórnie do obniżonego stężenia transtyretyny, pomimo suplementacji witaminy A. Nie jest to więc metoda kontroli skuteczności suplementacji witaminy A.

3. Potrzeby terapeutyczne (leki – nowe substancje, nowe wskazania lub nowe postacie)

Obecnie w programie jest tylko jeden lek- wutrisyran, który jest preparatem z grupy leków hamujących syntezę transtyretyny (tzw. silencers). Wutrisyran posiada szerokie wskazania rejestracyjne w ATTR: polineuropatia w I i II stadium w postaci uwarunkowanej genetycznie, jak również kardiomiopatia transtyretynowa uwarunkowana genetycznie oraz bez mutacji. Od 1 października 2026 roku wutrisyran jest również refundowany w programie kardiologicznym leczenia amyloidozy transtyretynowej B.162. Terapia ta jest bezpieczna i dobrze tolerowana, dawkowanie podskórnym, co trzy miesiące, nie stanowi dużego obciążenia dla ośrodka leczącego, nie ma również potencjalnych działań niepożądanych wymagających szczególnej uwagi. Inne leki zarejestrowane do leczenia polineuropatii w I i II stadium w przebiegu ATTRv to:

- **Eplontersen** – antysensowny oligonukleotyd hamujący syntezę transtyretyny na poziomie mRNA należący podobnie jak wutrisyran do leków wyciszających transtyretynę (silencers). W badaniach rejestracyjnych polineuropatii w przebiegu ATTRv prezentowane wyniki są porównywalne ze skutecznością wutrisyranu. Eplontersen jest dawkowany podskórnym co miesiąc i nie posiada jeszcze rejestracji we wskazaniu kardiomiopatia transtyretynowa (badania skuteczności eplontersenu w kardiomiopatii są obecnie opracowywane). Włączenie eplontersenu do programu lekowego mogłoby mieć korzystne znaczenie przede wszystkim pod kątem dywersyfikacji leczenia/negocjacji kosztów terapii. W porównaniu do wutrisyranu podstawowe różnice kliniczne to częstszy sposób dawkowania eplontersenu oraz brak wskazań rejestracyjnych do leczenia kardiomiopatii, co może mieć wpływ na wybór leczenia u pacjentów (większość chorych z dziedziczną postacią ATTR ma fenotyp mieszany neuropatyczno- kardiologiczny).
- **Diflunisal** – lek należący do doustnych niesteroidowych leków przeciwzapalnych, hamujący amyloidogenezę w mechanizmie stabilizacji transtyretyny. W przeszłości, przed erą nowoczesnych terapii stabilizujących TTR lub hamujących syntezę TTR, stosowany *off-label*. W 2025 został zarejestrowany w Unii Europejskiej w oparciu o badanie kliniczne opublikowane w 2013r (Berk J i wsp.). Ograniczeniem terapii są działania niepożądane typowe dla NLPZ, które mogą rozwijać się przy przewlekłym stosowaniu w terapii długoterminowej, nie jest to więc lek stanowiący dobrą alternatywę dla pacjentów zarówno pod kątem skuteczności, jak i bezpieczeństwa.

W chwili obecnej nie ma pacjentów leczonych wutrisyranem, u których byłoby konieczność do zmiany terapii na taką, która jest zarejestrowana, ale nie jest refundowana w ATTRv.

W amyloidozie transtyretynowej jest również dostępny program kardiologiczny B.162 – leczenia kardiomiopatii w przebiegu ATTR. W programie tym refundowane są oprócz wutrisyranu, leki stabilizujące transtyretynę: tafamidis i acoramidis. Leki w stosowanych w programie B.162 dawkach nie posiadają rejestracji w leczeniu polineuropatii w przebiegu ATTR, co wynika z zaprojektowanych badań klinicznych.

Pacjenci leczeni w programie B.170 są obecnie leczeni jednocześnie w programie B.162, jeżeli posiadają do niego wskazania tj. obecność kardiomiopatii w przebiegu ATTR. Leczenie skojarzone (tzn.

lek stabilizujący+ lek hamujący syntezę transtyretyny) nie wyklucza się, ponieważ są to leki o różnych mechanizmach działania, ale z drugiej strony, nie ma obiektywnych danych na większą skuteczność leczenia skojarzonego. NFZ jest świadomy jednoczesnego leczenia pacjenta w obu programach i jest w trakcie przygotowywania rozwiązań tego zagadnienia.

Nie przewidujemy problemów w realizacji programu B.170 w związku z obecnością również programu B.162.

4. Liczba ośrodków – czy obecna liczba ośrodków jest wystarczająca, czy są potrzeby nowych, czy jest ich za dużo?

5. Czy kontrakty są wystarczające czy wymagają zwiększenia, jeżeli tak to o ile (% lub liczba bezwzględna)?

W chwili obecnej w programie lekowym leczonych jest 14 pacjentów, a trzech kolejnych jest w trakcie kwalifikacji lub włączania terapii. Są oni leczeni w 8 ośrodkach - w każdym od 1 do 4 pacjentów. Dwa ośrodki mają zakontraktowany program, ale nie zakwalifikowały jeszcze żadnego pacjenta. Żaden pacjent spełniający kryteria włączenia do programu nie oczekuje na kwalifikację. Obecnie w razie problemów dotyczących kontraktowania w danym ośrodku, pacjent jest kierowany do innego ośrodka, który jest w stanie objąć pacjenta opieką. Z tego względu relatywnie duża liczba ośrodków (10), przy niewielkiej liczbie chorych pozwala zabezpieczyć leczenie pacjentów.

Wg opinii zespołu koordynacyjnego liczba ośrodków jest wystarczająca. Problemu nie stanowi obsługa programu (z uwagi na sposób leczenia podskórnie co trzy miesiące nie jest to leczenie bardzo obciążające system personelu medycznego), ale wysoki koszt leku, który może generować nadwykonania. W chwili obecnej opóźnienia w płatności za nadwykonania przez NFZ stanowią największy problem programu B.170 i trudności przy włączaniu kolejnych pacjentów. Rozwiązanie problemu w tym wypadku stanowiłby centralny sposób finansowania leku, a nie pozostawianie zakupu leku w gestii poszczególnych ośrodków.

6. Liczba koordynatorów opieki w skali Polski – czy istnieje potrzeba utworzenia funkcji koordynatora w danym programie, na jaką liczbę pacjentów w programie?

W programie B.170 działa zespół koordynacyjny, który na chwilę obecną jest wydolny i jest w stanie przeprowadzać kwalifikacje i decyzje o kontynuacji leczenia w programie. Nie wymaga to wg naszej opinii modyfikacji.

3.15 B.174 LECZENIE CHORYCH NA ATAKSIĘ FRIEDREICHA. **dr n. med. Mariusz Kwarciany** **prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski**

1. Kryteria włączenia i wyłączenia do/z programu lekowego – ew. potrzeby zmian

Program lekowy B.174 Leczenie chorych na ataksję Friedreicha wszedł w życie 1 lipca 2025 roku, ale faktyczne włączanie pacjentów rozpoczęło się w październiku 2025 r. Na tym etapie trwają rozmowy w ramach Zespołu Koordynującego leczenie chorych na ataksję Friedreicha, dotyczące celowości wprowadzenia zmian w jego treści. W szczególności w zakresie umożliwienia Zespołowi podejmowania decyzji dotyczących kontynuowania leczenia pacjentów, którzy pomimo progresji objawów mierzonych zmodyfikowaną skalą oceny ataksji Friedreicha (mFARS, ang. *modified Friedreich's Ataxia Rating Scale*) odnoszą korzyść z leczenia (np. w zakresie innych, nie mierzonych skalą objawów

choroby). Z drugiej zaś strony, dotyczące umożliwienia nie włączania pacjentów, którzy mogą z takiego leczenia nie odnieść korzyści. Dalsze decyzje będą podejmowane po podsumowaniu pierwszych miesięcy funkcjonowania programu i opracowaniu wyników uzyskanych od polskich pacjentów, jak również wyników obserwacji uzyskiwanych z badań przeprowadzanych za granicą.

2. Potrzeby diagnostyczne (diagnostyka) – kwalifikacja do programu i monitorowanie programu

Uzasadnionym wydaje się dodanie do oceny chorych skali funkcjonalnej np. FA-ADL (ang. *Friedreich's Ataxia - Activities of Daily Living*). Skala mFARS, mierzona w trakcie wizyty, oddaje jedynie stan chorego w jednym punkcie w czasie i tym samym w dużej mierze zależy od dyspozycji dnia, która jest zmienna i zależna od wielu czynników. Wprowadzając skalę funkcjonalną uzyskujemy narzędzie do oceny, jak choroba realnie wpływa na codzienność pacjenta w szerszej perspektywie czasowej.

3. Potrzeby terapeutyczne (leki – nowe substancje, nowe wskazania lub nowe postacie)

Aktualnie nie ma konieczności poszerzania programu o inne substancje.

4. Liczba ośrodków – czy są potrzeby nowych, czy jest ich za dużo?

Liczba ośrodków prowadzących program B.174 to 39, przy czym czynnie leczy pacjentów 13 ośrodków (w tym 1 dziecięcy). Potrzeby pacjentów są w tym zakresie zaspokojone.

5. Czy kontrakty są wystarczające czy wymagają zwiększenia, jeżeli tak, to o ile (% lub liczba bezwzględna)?

Środki zabezpieczone na prowadzenie programu B.174 są wystarczające i nie wymagają zwiększenia na tym etapie.

6. Liczba koordynatorów opieki w skali Polski – czy istnieje potrzeba utworzenia funkcji koordynatora w danym programie, na jaką liczbę pacjentów w programie powinien przypadać 1 koordynator?

Wobec niedużej liczby chorych funkcja dodatkowego koordynatora nie jest konieczna.

3.16 B.176 LECZENIE CHORYCH NA STWARDNIENIE ZANIKOWE BOCZNE. prof. dr hab. n. med. Magdalena Kuźma-Kozakiewicz

1. Kryteria włączenia i wyłączenia do/z programu lekowego – ew. potrzeby zmian

Brak uwag.

2. Potrzeby diagnostyczne (diagnostyka) – kwalifikacja do programu i monitorowanie programu

- w badaniach przy kwalifikacji: możliwość wykonania badania MR głowy zamiast TK głowy,
- w monitorowaniu: rozważenie dołączenia monitorowania radiologicznego kręgosłupa L-S – pod kątem zmian odczynowych/zapalnych.

3. Potrzeby terapeutyczne (leki – nowe substancje, nowe wskazania lub nowe postacie)

- wsparcie fizjoterapeutyczne dla pacjentów, szczególnie doświadczonych w chorobach nerwowo-mięśniowych,

- współpraca z ośrodkami kwalifikującymi do wentylacji nieinwazyjnej.

4. Liczba ośrodków – czy obecna liczba ośrodków jest wystarczająca, czy są potrzeby nowych, czy jest ich za dużo?

- liczba i rozkład ośrodków zakwalifikowanych do prowadzenia programu na terenie Polski wydają się optymalne,
- ponieważ liczba pacjentów leczonych w ramach programu w poszczególnych ośrodkach różni się, warto aby liczba osób leczonych w programie lekowym nie była limitowana, a odpowiadała realnym i aktualnym potrzebom w danym województwie.

5. Czy kontrakty są wystarczające, czy wymagają zwiększenia, jeżeli tak, to o ile (% lub liczba bezwzględna)?

- istnieje potrzeba zniesienia limitów: niektóre szpitale nakładają limity włączeń 1 do 5 pacjentów na rok, natomiast włączenie kolejnych pacjentów wymaga interwencji,
- przy bardzo wysokim koszcie terapii i jednocześnie ciężkości choroby podanie leku bez pewności jego pełnego i czasowego rozliczenia stanowi dla szpitala bardzo duże ryzyko finansowe,
- w praktyce ograniczona wartość kontraktu może więc bezpośrednio przekładać się na możliwość kwalifikowania kolejnych pacjentów do leczenia ratującego życie i podtrzymującego sprawność,
- aktualnie w programie lekowym leczonych jest ok. 35 pacjentów, przy większej dostępności do badań genetycznych, spodziewamy się zwiększenia tej liczby do ok. 70 pacjentów, a więc dwukrotnie (100%),
- istnieje potrzeba poprawy wyceny procedur związanych z podaniem leku: obecna taryfa bazowa hospitalizacji wynosząca 486,72 zł nie odpowiada rzeczywistym kosztom realizacji świadczenia – w przypadku ciężko chorego/niesprawnego pacjenta z SLA procedura obejmuje nie tylko samą hospitalizację, ale również wykonywane wielokrotnie punkcje lędźwiowe, często technicznie trudne. Obecna wycena nie odzwierciedla ani stopnia skomplikowania procedury, ani nakładu pracy zespołu.

6. Liczba koordynatorów opieki w skali Polski – czy istnieje potrzeba utworzenia funkcji koordynatora w danym programie, na jaką liczbę pacjentów w programie powinien przypadać 1 koordynator?

- aktualnie w programie – wobec jasnych kryteriów włączenia – nie ma funkcji koordynatora,
- problemy wymagające czasem szerszego omówienia dotyczą nieoczekiwanych lub przewlekłych zdarzeń niepożądanych, decyzji dotyczących czasowego wstrzymania leczenia, czy kwalifikacji do leczenia w przypadku nietypowych objawów klinicznych. Ze względu na doświadczenie i stały kontakt pacjentów z lekarzami leczącymi, zwykle otrzymujemy pytania na ten temat i udaje nam się wypracować rozwiązania w ramach konsultacji telefonicznych.

3.17 B.180 LECZENIE CHORYCH Z DYSTROFIĄ MIĘŚNIOWĄ DUCHENNE'A (DMD). prof. dr hab. n. med. Justyna Paprocka

Program B.180, od 1 października 2026 roku poszerza możliwości leczenia dystrofii mięśniowej Duchenne'a, zapewniając dostęp do wamorolonu pacjentom w wieku co najmniej 4 lat, którzy zachowali zdolność chodzenia. Obejmuje potwierdzenie rozpoznania, ocenę funkcjonalną oraz monitorowanie bezpieczeństwa leczenia. Jego dalszy rozwój powinien sprzyjać indywidualizacji terapii, zapewnieniu ciągłości leczenia oraz kompleksowej opiece dostosowanej do potrzeb pacjentów na kolejnych etapach choroby.

1. Kryteria włączenia i wyłączenia z programu – potrzeby zmian

Kryteria programu stanowią dobrą podstawę do kwalifikacji pacjentów i prowadzenia leczenia. Zasadne byłoby rozważenie obniżenia minimalnego wieku kwalifikacji, zgodnie z aktualnym wskazaniem rejestracyjnym wamorolonu, z uwzględnieniem dostępnych danych dotyczących leczenia najmłodszych pacjentów. Ocena funkcjonalna młodszych dzieci powinna być dostosowana do ich możliwości rozwojowych.

Zachowana zdolność chodzenia jest kryterium włączenia, natomiast jej utrata nie została wymieniona jako odrębne kryterium wyłączenia. W chorobie postępującej znaczenie kliniczne może mieć utrzymanie określonych umiejętności ruchowych lub spowolnienie pogarszania się sprawności. Decyzję o kontynuacji leczenia należy opierać na wynikach kolejnych ocen, uwzględniając wiek pacjenta, stadium choroby i jej dotychczasowy przebieg. Zmianę wyniku punktowego w pojedynczym badaniu należy interpretować w odniesieniu do całokształtu obrazu klinicznego.

Złamanie, unieruchomienie, zabieg operacyjny, infekcja czy ból mogą przejściowo wpływać na wynik badania funkcjonalnego. W takich sytuacjach zasadne byłoby ponowienie oceny po ustabilizowaniu stanu pacjenta.

2. Potrzeby diagnostyczne – kwalifikacja i monitorowanie

Program uwzględnia istotne elementy diagnostyczne, w tym badania laboratoryjne, ocenę funkcji kończyn górnych z wykorzystaniem skali PUL, ocenę sprawności ruchowej z wykorzystaniem skali NSAA, pomiar czasu wejścia na cztery stopnie oraz ocenę kardiologiczną.

Ważnym kierunkiem doskonalenia programu jest standaryzacja badań funkcjonalnych, obejmująca stosowanie jednolitych protokołów, szkolenie personelu oraz zapewnienie powtarzalnych warunków przeprowadzania badań. Interpretacja wyników powinna uwzględniać zmęczenie, dolegliwości bólowe, obecność przykurczów oraz zdolność pacjenta do współpracy podczas badania.

Warto również określić sposób dokumentowania sytuacji, w których wykonanie testu jest niemożliwe ze względu na etap rozwoju dziecka, jego możliwości poznawcze lub przejściowe pogorszenie stanu zdrowia. Ułatwi to odróżnienie trudności w wykonaniu badania od rzeczywistej zmiany sprawności pacjenta.

3. Potrzeby terapeutyczne

Program przewiduje możliwość leczenia pacjentów wcześniej otrzymujących glikokortykosteroidy oraz dostosowywanie dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Uzupełnienie tych zapisów o jednolite zasady postępowania, w szczególności dotyczące zmiany dotychczasowej steroidoterapii na leczenie wamorolonem, sprzyjałoby zwiększeniu bezpieczeństwa terapii długoterminowej.

Dalszy rozwój programu powinien uwzględniać nowe możliwości leczenia DMD. Zasady stosowania nowych terapii w skojarzeniu z wamorolonem należy określać na podstawie danych dotyczących terapii łączonej, z uwzględnieniem wymaganego schematu leczenia steroidowego.

4. Liczba ośrodków

Dostępność programu należy oceniać na podstawie liczby pacjentów spełniających kryteria kwalifikacji, rozmieszczenia ośrodków oraz czasu oczekiwania na rozpoczęcie leczenia. Istotne jest wykorzystanie doświadczenia zespołów sprawujących kompleksową opiekę nad pacjentami z chorobami nerwowo-mięśniowymi.

Szczególne znaczenie ma zaplanowanie przejścia z opieki pediatrycznej do opieki dla dorosłych. Proces ten powinien obejmować podsumowanie dotychczasowego leczenia, przekazanie dokumentacji i wyników badań, ustalenie zasad dalszego monitorowania oraz zabezpieczenie finansowania kontynuacji terapii.

5. Czy kontrakty są wystarczające?

W początkowym okresie realizacji programu zasadne jest bieżące analizowanie potrzeb pacjentów i kosztów świadczeń. Pozwoli to ocenić, czy wysokość kontraktów odpowiada rzeczywistemu zapotrzebowaniu oraz odpowiednio dostosowywać ich wartość. Finansowanie powinno obejmować zarówno lek, jak i świadczenia diagnostyczne oraz zadania organizacyjne związane z realizacją programu.

Podobnie jak w innych programach lekowych, istotne jest dostosowywanie wartości kontraktów do liczby leczonych pacjentów oraz zmian zapotrzebowania na lek wynikających ze zmian masy ciała i dawkowania zgodnego z ChPL. Równie ważna pozostaje odpowiednia wycena świadczeń związanych z realizacją programu.

Elastyczne finansowanie umożliwi sprawne włączanie kolejnych pacjentów do leczenia oraz zapewnienie ciągłości terapii.

6. Liczba koordynatorów opieki – potrzeba funkcji koordynatora

Wielodyscyplinarny charakter opieki nad pacjentami z DMD przemawia za zapewnieniem finansowania pracy koordynatora, z wymiarem zatrudnienia dostosowanym do liczby pacjentów i potrzeb ośrodka.

Do jego zadań powinny należeć ustalanie terminów badań, konsultacji i wydawania leku, usprawnianie przepływu dokumentacji, ograniczanie powielania świadczeń oraz wspieranie rodzin w realizacji zaleceń. Koordynator może również wspierać proces przejścia pacjentów do opieki dla dorosłych oraz pomagać w zapewnieniu ciągłości leczenia podczas hospitalizacji poza ośrodkiem prowadzącym.

Decyzje medyczne pozostają w kompetencji lekarza, natomiast wsparcie organizacyjne pozwala zespołowi poświęcić więcej czasu bezpośredniej opiece nad pacjentem.

Podsumowanie

Program B.180 stanowi ważny element rozwoju leczenia chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a (DMD). Jego doskonalenie powinno sprzyjać indywidualnej ocenie korzyści z leczenia, bezpiecznej kontynuacji terapii oraz zapewnieniu kompleksowej opieki na kolejnych etapach choroby. Kluczowe pozostają jakość badań funkcjonalnych, sprawna współpraca specjalistów i stabilne finansowanie farmakoterapii oraz świadczeń związanych z realizacją programu.

3.18 KOMENTARZ NA TEMAT OCZEKIWANEGO PROGRAMU LEKOWEGO W NEUROLOGII.

PROGRAM LEKOWY W CHOROBY ALZHEIMERA

prof. dr hab. n. med. Halina Sienkiewicz-Jarosz

dr hab. n. med. Agnieszka Gorzkowska

prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski

Przeciwciała monoklonalne skierowane przeciwko β -amyloidowi stanowią pierwszą grupę terapii oddziałujących bezpośrednio na jeden z podstawowych mechanizmów patologicznych choroby Alzheimera. Nie prowadzą one do wyleczenia ani odzyskania utraconych funkcji poznawczych, ale u części odpowiednio dobranych chorych mogą spowolnić postęp zaburzeń poznawczych i funkcjonalnych.³³

W Unii Europejskiej dopuszczone do obrotu są obecnie dwa leki – lekanemab uzyskał pozwolenie Komisji Europejskiej 15 kwietnia 2025 r.³⁴, natomiast donanemab – 24 września 2025 r.³⁵ Oba są zarejestrowane wyłącznie do leczenia dorosłych pacjentów we wczesnej objawowej fazie choroby Alzheimera, obejmującej łagodne zaburzenia poznawcze (MCI) oraz łagodne otępienie w jej przebiegu. Warunkiem terapii jest potwierdzenie patologii amyloidowej oraz brak allelu ApoE ϵ 4 albo obecność tylko jednej jego kopii. Homozygotyczni nosiciele ApoE ϵ 4 nie zostali objęci europejskim wskazaniem ze względu na podwyższone ryzyko powikłań.³⁶

Lekanemab podawany jest dożylnie co dwa tygodnie. Donanemab stosuje się dożylnie co cztery tygodnie, maksymalnie przez 18 miesięcy. Leczenie powinno być rozpoczynane przez lekarza doświadczonego w diagnostyce i terapii choroby Alzheimera oraz prowadzone w ośrodku dysponującym zespołem przygotowanym do rozpoznawania i leczenia powikłań terapii.

Potencjalne przeszkody we wdrożeniu programu lekowego

Najważniejszym wyzwaniem wydaje się obecnie właściwa identyfikacja pacjentów oraz wymagania związane z monitorowaniem bezpieczeństwa terapii. Wprowadzony program lekowy musiałby obejmować wyłącznie osoby z MCI lub łagodnym otępieniem o etiologii alzheimerowskiej, z potwierdzoną patologią amyloidową, np. za pomocą PET amyloidowego albo biomarkerów płynu mózgowo-rdzeniowego. Konieczne jest również oznaczenie genotypu ApoE. Ograniczona dostępność badań biomarkerowych, poradni zaburzeń pamięci oraz szybkiej diagnostyki różnicowej może istotnie zawęzić rzeczywisty dostęp do leczenia.

Podstawowym problemem bezpieczeństwa są nieprawidłowości obrazowe związane z amyloidem (ARIA), które dzieli się na ARIA-E, czyli zmiany o charakterze obrzękowym oraz ARIA-H, które obejmują mikrkrwawienia, hemosyderozę powierzchowną i krwotoki śródczaszkowe. Większość przypadków przebiega bezobjawowo, jednak możliwe są poważne, a sporadycznie także śmiertelne powikłania. Przed rozpoczęciem terapii oraz na określonych etapach leczenia konieczne jest wykonywanie badań MRI. Z leczenia wyłącza się m.in. pacjentów otrzymujących leki przeciwkrzepliwe, z niewyrównanymi zaburzeniami krzepnięcia, przeciwwskazaniami radiologicznymi (z więcej niż czterema mikrkrwawieniami, hemosyderozą powierzchowną, cechami angiopatii amyloidowej, rozległymi zmianami istoty

33. Van Dyck CH, et al. Lecanemab in Early Alzheimer's Disease. N Engl J Med. 2023;388:9-21. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2212948>

34. European Medicines Agency. Leqembi - European Public Assessment Report. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/leqembi> (dostęp: 4.09.2026)

35. European Medicines Agency. Kisunla - European Public Assessment Report. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/kisunla> (dostęp: 4.09.2026)

36. Sims JR, et al. Donanemab in Early Symptomatic Alzheimer Disease: The TRAILBLAZER-ALZ 2 Randomized Clinical Trial. JAMA. 2023;330:512-527. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.13239>

białej) lub źle kontrolowanym nadciśnieniem. Praktycznym przeciwwskazaniem jest również brak możliwości wykonywania kontrolnych badań MRI.

Program wymagałby zatem stworzenia sieci wyspecjalizowanych ośrodków zapewniających:

- pogłębioną diagnostykę neuropsychologiczną i biomarkerową,
- badania genetyczne ApoE,
- dostęp do MRI i wykwalifikowanej, doświadczonej kadry opisującej badania, wdrożone protokoły diagnostyczne,
- regularne wlewy dożylnie,
- procedury postępowania w przypadku ARIA oraz reakcji związanych z infuzją,
- rejestr pacjentów i system monitorowania efektów oraz bezpieczeństwa.

Istotną barierą pozostaje także koszt całej ścieżki opieki, obejmujący nie tylko zakup leku, lecz również diagnostykę biomarkerową, badania genetyczne, wielokrotne MRI, wlewy, obserwację po podaniu oraz leczenie powikłań. Dodatkowo przeciętny efekt kliniczny obserwowany w badaniach był statystycznie istotny, ale stosunkowo niewielki. Wymaga to bardzo rzetelnego przekazywania pacjentom i opiekunom informacji o spodziewanych korzyściach, ryzyku i obciążeniach związanych z terapią. Ważnym elementem całego postępowania jest także zapewnienie pacjentom i ich bliskim odpowiedniej informacji o terapiach podstawowych, postępowaniu nefarmakologicznym i innych działaniach mogących opóźnić progresję choroby.

Refundacja w Europie i sytuacja w Polsce

Europejska rejestracja nie oznacza automatycznie finansowania terapii ze środków publicznych. Sytuacja refundacyjna jest obecnie niejednolita. W Niemczech oba leki są dostępne i mogą być finansowane w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego, jednak G-BA (Wspólny Komitet Federalny) uznał, że przedstawione dane nie potwierdzają ich dodatkowej korzyści względem dotychczasowego standardu. Oceny te stanowią podstawę negocjacji cenowych. We Francji HAS (Najwyższy Urząd ds. Zdrowia) wydał negatywne rekomendacje refundacyjne zarówno dla lekanemabu, jak i donanemabu.^{37,38} Podobnie holenderski Zorginstituut zalecił niewłączanie lekanemabu do podstawowego koszyka świadczeń. W Anglii NICE w końcowych projektach rekomendacji nie zalecił rutynowego finansowania obu terapii przez NHS, wskazując na niewielką skalę korzyści w stosunku do kosztów leku i całej infrastruktury leczenia. Publiczne finansowanie tych terapii w Europie pozostaje zatem ograniczone.

W Polsce nie ma obecnie finansowanego programu lekowego obejmującego przeciwciała antyamyloidowe. Trwają prace nad możliwością wprowadzenia tych terapii do finansowania w ramach programu lekowego, jednak ostateczna decyzja Ministra Zdrowia pozostaje uzależniona od opinii AOTMiT.³⁹

Podsumowując, mimo ograniczonej skali przeciętnego efektu klinicznego, starannie wybrani chorzy mogą odnieść korzyść z terapii antyamyloidowej. Kwalifikacja do leczenia powinna jednak każdorazowo opierać się na indywidualnej ocenie bilansu potencjalnych korzyści i ryzyka, z uwzględnieniem preferencji pacjenta i jego opiekunów oraz możliwości bezpiecznego monitorowania terapii.

37. V Haute Autorité de Santé. LEQEMBI (lécanémab) - Maladie d'Alzheimer. Avis défavorable au remboursement, 22.10.2025. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3702487/fr/legembi-lecanemab-maladie-d-alzheimer (dostęp: 4.09.2026)

38. Haute Autorité de Santé. KISUNLA - avis de la Commission de la transparence, 6.05.2026. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3995810/fr/kisunla-06052026-avis-ct21630 (dostęp: 4.09.2026)

39. AOTMiT. Zlecenie nr 172/2026 - Kisunla (donanemab). <https://bip.aotm.gov.pl/zlecenia-mz-2026/9819-zlecenie-172-2026> (dostęp: 4.09.2026)

3.19 PRZEKROJOWE ZESTAWIENIE POSTULATÓW WYNIKAJĄCYCH Z KOMENTARZY PRZEDSTAWICIELI SEKCJI POLSKIEGO TOWARZYSTWA NEUROLOGICZNEGO I PRZEWODNICZĄCYCH ZESPOŁÓW KOORDYNACYJNYCH

Redakcja naukowa raportu w przekrojowym zestawieniu przedstawiła skrótowo postulaty wynikające z komentarzy przedstawicieli sekcji Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i przewodniczących zespołów koordynacyjnych, odnoszące się do obecnych i rekomendowanych kryteriów włączenia i wyłączenia programów lekowych, potrzeb diagnostycznych w zakresie kwalifikacji do programu i monitorowania programu oraz nowych substancji, wskazań i postaci leków w programach lekowych, czy obecna liczba ośrodków jest wystarczająca, czy istnieje potrzeba tworzenia nowych, czy kontrakty są wystarczające oraz, w jakich programach potrzebni są koordynatorzy opieki.

Tabela 1. Przekrojowe zestawienie przedstawiające najważniejsze postulaty wynikające z komentarzy przedstawicieli sekcji Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i przewodniczących zespołów koordynacyjnych.

B.22 Leczenie pacjentów z chorobą Pompego

Kryteria	Diagnostyka	Terapia	Ośrodki	Kontrakty	Koordynator
Zdefiniowanie skuteczności jako poprawy albo stabilizacji istotnych klinicznie funkcji, ocenianych łącznie i w odniesieniu do naturalnego przebiegu choroby. Odstąpienie od automatycznego wyłączenia na podstawie potrzeby całodobowej wentylacji - decyzja powinna uwzględniać funkcje opuszkowe, motorykę kończyn górnych, ocenę biomarkerów, częstość hospitalizacji i inne korzyści kliniczne. Doprecyzowanie pojęcia „znaczej progresji” oraz obowiązek uwzględnienia infekcji, hospitalizacji, zmian rehabilitacji, zaawansowania wyjściowego i zmienności pomiaru. Indywidualna ocena leczenia w ciąży i podczas karmienia piersią zgodnie z aktualną ChPL i bilansem korzyści oraz ryzyka. Utrzymanie uproszczonego ponownego włączenia po przerwie związanej z ciążą lub laktacją oraz rozważenie analogicznej ścieżki po innych uzasadnionych przerwach niezwiązanych z nieskutecznością leczenia.	Określenie szybkiej ścieżki potwierdzenia dodatniego wyniku przesiewu. Zastąpienie spirometrii w pozycji stojącej oceną FVC w pozycji siedzącej i leżącej, uzupełnianą zależnie od stanu chorego o MIP/MEP lub SNIP i badania nocne. Zastąpienie lub uzupełnienie wskaźnika Barthel standaryzowanymi testami ruchowymi oraz wykorzystanie SMPT do analizy zmian w czasie. Obowiązkowe oznaczanie przeciwciał przeciwciekowych w przypadku utraty odpowiedzi, istotnych reakcji poinfuzyjnych lub wysokiego ryzyka immunologicznego. Oznaczanie poziomu tetrasacharydu (G14) w moczu jako markera odpowiedzi na leczenie. U pacjentów przewlekłe wentylowanych mechanicznie ustalenie ścieżki oceny klinicznej zawierającej skalę oceny funkcji opuszki (np DOSS, FEES) i skalę oceny motoryki kończyn (np MRC, skala Brooke). U pacjentów przewlekłe wentylowanych mechanicznie konieczność umieszczenia w karcie monitorowania wyniku konsylium wielospecjalistycznego, uzasadniającego wniosek o przedłużenie lub odstawienie terapii. Po decyzji o odstawieniu terapii pacjent powinien podlegać dalszej kontroli klinicznej. Jeśli progresja choroby ulega przyspieszeniu należy rozważyć ponowne włączenie terapii.	Usunięcie zakazu zmiany preparatu przy znacznej progresji oraz odejście od ograniczenia do jednej zmiany, przy zachowaniu wymogu uzasadnienia klinicznego. Dostosowanie finansowanego dawkowania do aktualnej ChPL, w tym umożliwienie zwiększenia dawki awalglukozydazy alfa w klasycznej postaci niemowlęcej w razie niewystarczającej odpowiedzi. Określenie jednolitego zestawu parametrów i minimalnego okresu obserwacji po zmianie ERT. Uwzględnienie rehabilitacji, fizjoterapii oddechowej, wsparcia wentylacyjnego oraz opieki żywieniowej i kardiologicznej jako niezbędnych elementów postępowania.	Wystarczająca liczba ośrodków.	Umożliwienie szybkiego zwiększenia wartości umowy po zakwalifikowaniu nowego pacjenta, zwłaszcza niemowlęcia wymagającego pilnego rozpoczęcia terapii. Uwzględnianie w planie finansowym wzrostu liczby rozpoznań wynikającego z przesiewu noworodkowego i diagnostyki rodzinnej. Odrębna ocena adekwatności finansowania diagnostyki, monitorowania funkcjonalnego, obsługi SMPT i opieki wielospecjalistycznej. Coroczna analiza różnic między ośrodkami w dostępie do leczenia i ciągłości terapii.	Tak

B.28 Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy					
Kryteria	Diagnostyka	Terapia	Ośrodki	Kontrakty	Koordinator
W dystonii krtaniowej rekomendowane jest zniesienie wymogu TK lub MRI głowy oraz obowiązkowe badanie foniatryczne/laryngologiczne.	Diagnostyka nie wymaga zmian.	Dodanie Xeominu w dystonii krtaniowej i dystonii twarzy. Dawki w dystonii krtaniowej są zbyt wysokie proponowana zmiana – od 2,5-10j (Botox, Xeomin), 10-40j (Dysport). Dawki dla dystonii twarzy są za to zbyt niskie – proponowana zmiana: do 200j (Botox, Xeomin), do 400j (Dysport). Dystonie zadaniowe: zbyt niskie dawki – proponowana zmiana – do 200j (Botox, Xeomin) i do 400j (Dysport). Dystonie kończynowe (inne): dodać do programu, dawki maksymalne jak w spastyczności kończyny górnej.	Wystarczająca liczba ośrodków.	Wzrost wyceny świadczeń.	Tak
B.29 Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane					
Dla postaci pierwotnie postępującej SM: usunięcie dolnej granicy punktacji EDSS, zmiana górnej granicy EDSS z 6,5 pkt na 7 pkt, usunięcie administracyjnych zapisów dotyczących czasu trwania PPMS. Dla postaci wtórnie postępującej: zmiana górnej granicy EDSS z 6,5 pkt na 7 pkt. Dla każdej postaci SM: należy dodać w punkcie dotyczącym MRI w nawiasie: chyba że podanie kontrastu jest przeciwwskazane.	Inicjacja leczenia może być prowadzona w poradni. Usunięcie liniowości, zastępując ją wskazaniem z aktualnych charakterystyk produktów leczniczych. Szczegółowe zmiany w załączniku.	Refundacja okrelizumabu podskórnego w postaci pierwotnie postępującej SM, okrelizumabu u dzieci od 10 r.ż. i natalizumabu w I linii programu lekowego.	Wystarczająca liczba ośrodków.	Zwiększenie wartości kontraktów.	Tak

B.30 Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A					
Kryteria	Diagnostyka	Terapia	Ośrodki	Kontrakty	Koordinator
Odejsie od zamkniętego katalogu rozpoznać i objęcie programem pacjentów z klinicznie potwierdzoną spastycznością lub dystonią spastyczną niezależnie od etiologii. Wprowadzenie dodatkowych narzędzi oceny spastyczności, w szczególności skali MTS. Kontynuacja leczenia powinna uwzględniać również poprawę funkcjonalną oraz realizację indywidualnie określonych celów terapeutycznych.	Wprowadzenie globalnej oceny funkcjonalnej uwzględniającej możliwości ruchowe dziecka. Uwzględnienie parametrów funkcjonalnych oraz oceny osiągnięcia indywidualnych celów leczenia.	Rekomenduje się rozważenie określenia rocznego limitu dawkowania toksyny botulinowej, z możliwością indywidualnego podziału na sesje terapeutyczne zgodnie ze stanem klinicznym pacjenta.	Liczba ośrodków aktywnie prowadzących leczenie jest niewystarczająca - potrzeba zakontraktowania nowych ośrodków.	Zwiększenie wartości kontraktów. Wzrost wyceny świadczeń.	Tak
B.57 Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A					
Odejsie od zamkniętego katalogu rozpoznać i objęcie programem pacjentów z klinicznie potwierdzoną spastycznością lub dystonią spastyczną niezależnie od etiologii. Ocena kwalifikacji powinna uwzględniać również wpływ spastyczności na funkcjonowanie pacjenta i realizację celów terapeutycznych. Zmiana kryterium wyłączenia z programu z „braku odpowiedzi na leczenie w dwóch kolejnych sesjach” na „brak odpowiedzi po minimum trzech kolejnych sesjach leczenia.	Wdrożenie systemowych rozwiązań umożliwiających aktywne monitorowanie pacjentów po udarze mózgu oraz innych schorzeniach prowadzących do spastyczności. Odejsie od obowiązkowej oceny siły mięśniowej według skali MRC. Wprowadzenie opisowej oceny funkcjonalnej.	Uproszczenie zasad dawkowania poprzez określenie maksymalnej dawki całkowitej na sesję. Pozostawienie lekarzowi prowadzącemu możliwości podziału dawki pomiędzy wybrane grupy mięśniowe zgodnie z obrazem klinicznym pacjenta, bez dodatkowych ograniczeń dotyczących poszczególnych kończyn.	Liczba ośrodków aktywnie prowadzących leczenie jest niewystarczająca - potrzeba zakontraktowania nowych ośrodków.	Zwiększenie wartości kontraktów. Wzrost wyceny świadczeń.	Tak

B.67 Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych					
Kryteria	Diagnostyka	Terapia	Ośrodki	Kontrakty	Koordynator
Doprecyzowania mogłyby dotyczyć ujednolicenia skal klinicznych stosowanych do oceny skuteczności leczenia w CIDP, MMN i miastonii.	Diagnostyka nie wymaga zmian.	Rozszerzenie dostępu do terapii podskórnych w wybranych innych przewlekłych wskazaniach neurologicznych, jeżeli będzie to zgodne z rejestracją produktów leczniczych i dostępnymi danymi naukowymi.	Wystarczająca liczba ośrodków.	Wzrost wyceny świadczeń.	Tak
B.90 Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona					
Kryteria nie wymagają zmian.	Diagnostyka nie wymaga zmian.	Brak potrzeb.	Potrzeba nowych ośrodków spełniających kryteria dla ośrodka prowadzącego terapię zaawansowane w chorobie Parkinsona – szczególnie w województwach: lubuskim, warmińsko-mazurskim, podlaskim i świętokrzyskim.	Zwiększenie wartości kontraktów. Wzrost wyceny świadczeń.	Tak
B.102.FM Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni					
Utrzymanie możliwości indywidualnego wyboru terapii przez lekarza prowadzącego. Dalsze uproszczenie procedur zmiany leczenia pomiędzy dostępnymi terapiami w sytuacjach uzasadnionych klinicznie. Ograniczenie zbędnych obciążeń administracyjnych w czasie prowadzenia leczenia. Pozostawienie decyzji o zakończeniu leczenia przede wszystkim ocenie klinicznej	Wprowadzenie jako wymaganej skali RULM (ocena funkcji kończyn górnych) jako uzupełnienie stosowanych zależnie od wieku i zaawansowania choroby skal funkcjonalnych. Rozwój badań biomarkerów odpowiedzi na leczenie (np. neurofilamenty, biomarkery molekularne), które w przyszłości mogą wspierać decyzje terapeutyczne.	Refundacja onasemnogenu abeparwówek w postaci do podawania do oponowego, do leczenia pacjentów od 2 roku życia i apitegromabu.	Wystarczająca liczba ośrodków.	Zwiększenie wartości kontraktów. Wzrost wyceny świadczeń. Finansowanie kompleksowej opieki wspomagającej. Stworzenie i wycena dedykowanego świadczenia na podsumowanie leczenia w ośrodku dla dzieci	Tak

ciąg dalszy B.102.FM Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni					
Kryteria	Diagnostyka	Terapia	Ośrodki	Kontrakty	Koordinator
specjalisty z uwzględnieniem współchorobowości, istotnych wydarzeń medycznych w życiu pacjenta z SMA (np. operacje, urazy, złamania), a nie wyłącznie zmian w skalach funkcjonalnych.				i rozpoczęcia leczenia w ośrodku dla dorosłych.	
B.133 Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą					
Zniesienie zapisu o braku możliwości ponownego uczestniczenia w programie - możliwość ponownego włączenia do programu chorych z migreną przewlekłą. Zniesienie liniowości. Zmiana definicji nawrotu migreny przewlekłej w ramach 12-miesięcznej obserwacji w programie.	Usunięcie z zapisów programu wizyt kontrolnych pacjentów realizowanych co 3 miesiące.	<i>W procesie refundacji aptecznej: atogepant i galkanezumab.</i>	Liczba ośrodków prowadzących program jest niewystarczająca i wymaga zwiększenia.	Zwiększenie wartości kontraktów. Wprowadzenie i wycena dodatkowej procedury w programie: „Dożylne podanie eptinezumabu”.	Nie
B.138.FM Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)					
Usunięcie zapisu: brak wcześniejszego leczenia inną terapią z zastosowaniem leków z grupy inhibitorów interleukiny-6. Dodanie zapisu: leczenie anty-IL-6 w ciągu 2 lat przed przystąpieniem do programu.	Monitorowanie programu powinno być uproszczone i zbliżone do zasad programu B.29.	Refundacja ekulizumabu, inebilizumabu i rawulizumabu.	Wystarczająca liczba ośrodków.	Zwiększenie wartości kontraktów.	Tak
B.153 Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego B.154.FM Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet					
Modyfikacja kryterium wyłączenia z programu dotyczącego oceny adekwatnej odpowiedzi na leczenie – pierwsza ocena adekwatnej odpowiedzi klinicznej powinna być przeprowadzana po 6 miesiącach leczenia, a kolejne co 3 miesiące.		<i>Refundacja cenobamatu w encefalopatiach padaczkowych i rozwojowych.</i>	Wystarczająca liczba ośrodków.	Zwiększenie wartości kontraktów.	Nie

B.157 Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastennii

Kryteria	Diagnostyka	Terapia	Ośrodki	Kontrakty	Koordynator
Odejście od wymogu bardzo długiego wcześniejszego leczenia immunosupresyjnego na rzecz kwalifikacji opartej na aktywności choroby i ryzyku jej progresji. Możliwość wcześniejszego zastosowania terapii biologicznych u chorych z wysoką aktywnością choroby jako terapii pomostowej, koniecznością przewlekłego stosowania dużych dawek glikokortykosteroidów (dopuszczenie leczenia jako terapii steroidoszczędnej) lub udokumentowanymi istotnymi działaniami niepożądanymi ich stosowania. Możliwość kwalifikacji chorych wymagających przewlekłych podań IVIg lub plazmaferez jako leczenia pomostowego także w pierwszych latach trwania choroby, przed koniecznością przejścia przez kolejne linie długotrwałego leczenia immunosupresyjnego.	Kwalifikacja powinna obejmować możliwość wykonywania: przeciwciał przeciwko AChR i przeciwko MuSK metodą o najwyższej czułości, SFEMG, tomografii lub rezonansu śródpiersia oraz oceny funkcji oddechowej (FVC, SNIP/MIP. Należy rozważyć: dołączenie formularza oceny dokonywanej przez pacjenta (PROMS), np. MG-QoL15r,, elektronicznych PROMS, zdalnego raportowania MG-ADL.	Rozszerzenie dostępu do inhibitorów FcRn (refundacja nipokalimabu) oraz inhibitorów C5 (refundacja zilukoplanu). Refundacja kolejnych przeciwciał monoklonalnych – inebilizumab. Refundacja efgartigimodu alfa w formie podskórnej. Rozszerzenie wskazań refundacyjnych dla rawulizumabu. Możliwość zmiany pomiędzy terapiami biologicznymi, także w obrębie tej samej klasy, przy niesukcesie lub utracie odpowiedzi. Możliwość stosowania leczenia zgodnie z potrzebami i preferencjami pacjenta (terapię dożylną, podskórną).	Liczba ośrodków aktywnie prowadzących leczenie jest niewystarczająca.	Zwiększenie wartości kontraktów.	Tak

B.170 Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej

Brak potrzeb zmian.	Dodanie: badanie genetyczne potwierdzające mutację patogenną w genie transtyretyny TTR. Usunięcie oznaczeń kontrolnych stężenia witaminy A.	Refundacja eplontersenu i diflunisalu.	Wystarczająca liczba.	Zwiększenie wartości kontraktów.	Nie
---------------------	---	--	-----------------------	----------------------------------	-----

B.174 Leczenie chorych na ataksję Friedreicha

Zmiana w zakresie kontynuowania leczenia pacjentów, którzy pomimo progresji objawów mierzonych zmodyfikowaną skalą oceny ataksji (mFARS) odnoszą korzyść z leczenia.	Dodanie do oceny chorych skali funkcjonalnej FA-ADL.	Brak potrzeb.	Wystarczająca liczba.	Wystarczające.	Nie
--	--	---------------	-----------------------	----------------	-----

B.176 Leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne					
Kryteria	Diagnostyka	Terapia	Ośrodki	Kontrakty	Koordynator
Brak potrzeb zmian.	Dodanie MRI głowy zamiast TK głowy, monitorowanie kręgosłupa L-S – pod kątem zmian odczynowych/zapalnych.		Wystarczająca liczba.	Podwojenie wartości, potrzeba poprawy wyceny procedur.	Nie
B.180 Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a					
Obniżenie minimalnego wieku kwalifikacji.	Dodanie standaryzacji badań funkcjonalnych.	Refundacja givinostatu.	W trakcie konkursu.	W trakcie.	Tak
Leczenie choroby Alzheimer'a – w przygotowaniu					
Dorośli pacjenci we wczesnej objawowej fazie choroby Alzheimer'a, obejmującej łagodne zaburzenia poznawcze (MCI) oraz łagodne otępienie w jej przebiegu. Ocena w skalach ACE-III, FAST i ADL.	Potwierdzenie patologii amyloidowej oraz brak allelu ApoE ε4 albo obecność tylko jednej jego kopii.	Refundacja donanemabu i lekanemabu.	Wyspecjalizowane ośrodki zapewniające: pogłębioną diagnostykę neuropsychologiczną i biomarkową; badania genetyczne ApoE; dostęp do MRI i wykwalifikowanej, doświadczonej kadry opisującej badania, wdrożone protokoły diagnostyczne; regularne wlewy dożylnie; procedury postępowania w przypadku ARIA oraz reakcji związanych z infuzją; rejestr pacjentów i system monitorowania efektów oraz bezpieczeństwa.	W trakcie szacowania.	Tak

Opracowano na podstawie komentarzy przedstawicieli sekcji Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i przewodniczących zespołów koordynacyjnych.

Komentarz konsultanta krajowego do raportu pt. „Programy lekowe w neurologii 2026. Stan obecny i perspektywy rozwoju”

Prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski

Raport pt. „**Programy lekowe w neurologii 2026. Stan obecny i perspektywy rozwoju**” stanowi sporządzone przez ekspertów klinicznych i systemowych aktualne i systematyczne zestawienie najważniejszych potrzeb i wyzwań w zakresie programów lekowych w neurologii wraz z rekomendacjami wytyczającymi ścieżki optymalizacji opieki realizowanej w ramach tychże.

Choroby mózgu stanowią największe obciążenie zdrowotne populacji jeśli wyrażać je w latach życia skorygowanych niesprawnością (DALY).⁴⁰ Spośród nich, na tę wartość w największym stopniu wpływają skutki udarów mózgu, choroba Alzheimera, migrena, neuropatia cukrzycowa, padaczka, a w Polsce także choroby demielinizacyjne. Udary mózgu są najczęstszą przyczyną trwałej złożonej niepełnosprawności mieszkańców Polski. Stwardnienie rozsiane jest najczęstszą przyczyną trwałej złożonej niepełnosprawności młodych dorosłych mieszkańców Polski (wyłączając urazy). Choroba Alzheimera jest najczęstszą przyczyną otępienia mieszkańców Polski. Migrena jest najpewniej najważniejszą przyczyną absencji i niedyspozycyjności zawodowej mieszkańców Polski. Dostęp do nowych, skutecznych, a nierzadko wysoce skutecznych terapii tych i innych chorób neurologicznych może istotnie zredukować rzeczony skutki społeczne i ograniczyć dalece niekorzystny trend wzrostu tego obciążenia związanego ze zmianami demograficznymi, ale nie tylko.

Aby podjąć możliwie skuteczne działania ograniczające to obciążenie w populacji mieszkańców naszego Kraju, zdefiniować należy priorytety, które oprócz wpływu danej choroby na zdrowie populacji uwzględniać także winny możliwości interwencji, zarówno prewencyjnej, jak i terapeutycznej.

Priorytety dla polskiej neurologii na bieżącym stadium rozwoju tejże zestawiam poniżej:

1. Wprowadzenie systemu zintegrowanej opieki w udarach mózgu,
2. Wprowadzenie systemu wczesnej detekcji i etiologizacji zaburzeń poznawczych, elementy opieki koordynowanej – jako najpilniejsze domeny realizacji (rozszerzenia) Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych na lata 2025–2030,
3. Utrzymanie adekwatnego finansowania programów lekowych i zwiększenie efektywności terapii realizowanych w ramach tej kategorii refundacji poprzez wprowadzenie funkcji koordynatorów,
4. Utrzymanie ciągłej ewolucji struktury programów lekowych, co dotyczy przede wszystkim wprowadzania do tychże kolejnych terapii innowacyjnych, ale także fundamentalna przebudowa zapisów (kryteria włączenia, wyłączenia, monitoring leczenia) wybranych programów,

40. Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021; Lancet Neurology 2024

5. Sformułowanie ścieżki pacjenta z napadami padaczkowymi/padaczką z uwzględnieniem referencyjności ośrodków, w tym prowadzących leczenie zabiegowe,
6. Wprowadzanie systemu referencyjności dla chorób rzadkich w neurologii, przyporządkowanie chorób rzadkich poszczególnym ośrodkom neurologicznym z uwzględnieniem zainteresowań badawczych,
7. Odwrócenie piramidy świadczeń dla neurologii.

Z satysfakcją przyjęliśmy fakt, że Ministerstwo Zdrowia zdefiniowało priorytety dla polityki zdrowotnej państwa, w których wyeksponowano neurologię, w tym koncepcję Krajowej Sieci Neurologicznej. Skomponowano je hasłowo jako: „Zdrowe serce, zdrowy mózg”, „Zdrowy szpital, bezpieczny pacjent” i „Cyfryzacja ochrony zdrowia”.⁴¹

Programy lekowe są ważnym niezwykle elementem struktury opieki neurologicznej w Polsce, vide powyższe zestawienie. Stanowią kategorię publicznego finansowania farmakoterapii, nierzadko z zastosowaniem leków innowacyjnych. W praktyce jednak, ponieważ ośrodki realizujące programy lekowe zyskują większe doświadczenie w prowadzeniu pacjentów z określonym rozpoznaniem i tworzą wokół problemu wielodyscyplinarną opiekę, stanowią pewien surogat systemu z ośrodkami referencyjnymi, który stanowić winien kanwę formułowania sieci neurologicznej. Szereg programów konsoliduje nadto współpracę neurologów z neurologami dziecięcymi, mogą być one punktem wyjścia tworzenia skoordynowanej opieki przejściowej (health care transition, HCT).

Kryteria włączenia, wyłączenia i zasady monitoringu terapii w poszczególnych programach lekowych w neurologii z zasady podlegać muszą regularnej rewizji. Muszą one ewoluować wraz ze zmieniającymi się standardami terapii. Rolą proceduralną ekspertów, w tym w szczególnej mierze konsultanta krajowego i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, a w niektórych przypadkach także zespołów koordynujących dany program lekowy (te wskazywane są także przez konsultanta krajowego, notabene), jest dbałość o to, by zapisy te były zgodne z danymi medycyny opartej na faktach (EBM). Proces ten jest w tej chwili przeprowadzany precyzyjnie i sprawnie, nie oznacza to jednak, że nie ma czynników innych niż EBM, które je kształtują. Wśród nich są przede wszystkim te wynikające z rzeczywistych danych z praktyki klinicznej (RWD/RWE) oraz uwarunkowań finansowych NFZ. Finalne decyzje, co do kształtu programów lekowych na podstawie danych z różnych obszarów zawsze podejmuje Minister Zdrowia.

Ze względu na charakter niniejszego opracowania uznałem, że nie będę ingerował – jako współautor – w zawartość opisu i komentarzy do poszczególnych programów z wyjątkiem sytuacji szczególnych. Dotyczy to przede wszystkim będącego obecnie w mojej agendzie opiniowania, nowego programu leczenia choroby Alzheimera, programu B.101 (Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi), który powinien być rozszerzony o odpowiednie możliwości dla pacjentów po udarze mózgu niezależnie od przebytych incydentów wieńcowych oraz programu B.174 (Leczenie chorych na ataksję Friedreicha), dla którego przewodniczę odpowiedniemu zespołowi koordynacyjnemu NFZ. Największej uwagi i pracy wymagają na tym etapie programy B.157 (Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii) i B.133 (Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą). W tym pierwszym przypadku, zasadnicze – wybrane potrzeby dotyczą aktualizacji – korekty kryteriów włączenia, które powinny umożliwiać m. in. rozpoczynanie leczenia refundowanego w jego ramach tak wcześnie, by nie dopuścić do wystąpienia działań niepożądanych związanych z długotrwałym stosowaniem dużych dawek glikokortykosteroidów, w tym w szczególnym wymiarze w przypadku miastonii o późnym bądź bardzo późnym początku, oraz zapobiegać pierwszemu w życiu przełomom miastenicznym. Te ostatnie, poza

41 Priorytety Ministerstwa Zdrowia na lata 2025-2027. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/priorytety-ministerstwa-zdrowia-na-lata-2025-2027>

oczywistym wymiarem fizykalnym, mogą w psychotraumatycznym wymiarze ograniczyć komfort funkcjonowania pacjenta na całe życie. Program lekowy B.133 należy przebudować wielomodalnie, ale przede wszystkim w aspekcie zapisu o braku możliwości ponownego uczestniczenia pacjenta w programie. W szerszym kontekście budowania skutecznego systemu leczenia migreny przewlekłej w Polsce, warto poczynić uwagę, że w licznych eksperckich dyskusjach w tej sprawie rozważamy także inne scenariusze systemowe, niż refundacja leków w trybie programu lekowego. Jak już zaznaczyłem, specjalnej ekspozycji wymaga program lekowy B.101 (Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi): mamy już wystarczające dane badawcze, EBM i z praktyki klinicznej, by określić pacjenci po udarach mózgu – o etiologii miażdżycowej, ze współistniejącą miażdżycą wielołożyskową, w (innych) przypadkach objawowej miażdżycy wewnątrzczaszkowej, którzy nie osiągnęli celów terapeutycznych pomimo prawidłowego leczenia „standardowego”, w tym z użyciem statyn i ezetymibu, mieli możliwość skorzystania z terapii ujętych w programie (niezależnie od tego, czy przebyli ostry incydent wieńcowy). Na zaawansowanym etapie tworzenia w części merytorycznej – medycznej pozostaje program leczenia choroby Alzheimera. Wprowadzamy tu szereg zmian w stosunku do ich wyjściowych kształtów; nieco więcej komentarzy sformułowaliśmy w tym zakresie w odpowiedniej części raportu. Złożony system zapobiegania, wczesnej diagnostyki i leczenia choroby Alzheimera w Polsce, którego program lekowy miałby być częścią, lokuję pośród trzech największych wyzwań krajowej neurologii w ogóle.

Podsumowując, zgadzam się z większością komentarzy i sugestii do poszczególnych programów zebranych w niniejszym raporcie. Dyskutowaliśmy i powtarzalnie dyskutujemy je podczas dedykowanych konferencji, w tym cyklicznej, organizowanej przeze mnie wspólnie z prezes PTN („Programy lekowe i ścieżki terapeutyczne w neurologii”). Opracowanie to stanowi de facto wyciąg z tych aktywności naszego środowiska lekarzy – praktyków i specjalistów organizacji ochrony zdrowia i stanowi cenny materiał systematyzujący mapę potrzeb w tym zakresie, notabene część z nich, znów – zgodnie z opartą na wartości zdrowotnej priorytetyzacją – wskutek mojej i naszej z Ministerstwem współpracy, ma już teraz miejsce w agendzie działań Resortu.

5

Podsumowanie

Prof. dr hab. n. med. Alina Kułakowska
Prof. dr hab. n. med. Halina Sienkiewicz-Jarosz
Prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski
Dr n. med. Jakub Gierczyński

Program lekowy to świadczenie gwarantowane, w ramach którego leczenie odbywa się z zastosowaniem leków, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń. Leczenie jest prowadzone w wybranych jednostkach chorobowych i obejmuje ściśle zdefiniowaną grupę pacjentów.

Polska neurologia dynamicznie się rozwija, wprowadzając nowe możliwości diagnostyczne i terapeutyczne oraz kształcąc profesjonalne kadry medyczne i pomocnicze. Dzięki programom lekowym nastąpił ogromny przełom w dostępie do terapii schorzeń neurologicznych w Polsce.

W 2025 roku, w 22 programach lekowych w neurologii leczono ok. 55 tys. pacjentów, co stanowiło w ok. 16% z leczonych ok. 338 tys. pacjentów w 142 programach lekowych ogółem. Indeks dynamiki wzrostu liczby leczonych pacjentów wyniósł 112% 2025 vs 2024 i 115% 2024 vs 2023 rok. Wynika z tego, że niemal co szósty pacjent leczony w programach lekowych ogółem w 2025 r. był leczony w ramach neurologicznych programów lekowych. Należy przy tym zaznaczyć, że niektóre programy lekowe w neurologii są prowadzone przez neurologów wspólnie z lekarzami innych specjalizacji.

Program lekowy jest wynikiem kompleksowych działań, współpracy i konsensusów środowiska decydenta, płatnika, klinicystów, producentów, organizacji pacjentów i ekspertów systemowych wprowadzających nowe technologie lekowe do koszyka świadczeń gwarantowanych. W ostatnich latach Ministerstwo Zdrowia podjęło wiele pozytywnych decyzji zwiększających dostęp refundacyjny do nowoczesnych terapii. W latach 2021-2026 zrefundowano 705 nowych częsteczek-wskazań ogółem, w tym 58 nowych częsteczek-wskazań z zakresu neurologii – głównie w programach lekowych, co stanowiło 8,2% wszystkich decyzji refundacyjnych. Przełożyło się to na znaczącą poprawę dostępności refundacyjnej do leków pacjentów w Polsce, na tle Unii Europejskiej. Kluczowe jest zagwarantowanie, aby te dobre decyzje refundacyjne przekładały się na rzeczywistą, szybką i równą dostępność terapii dla wymagających tego leczenia pacjentów w Polsce.

W 2025 roku najwięcej ośrodków klinicznych realizowało program lekowy B.29 Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane – 129 ośrodków, następnie B.57 Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A – 111 ośrodków i B.67 Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych – 103 ośrodki. Według Map Potrzeb Zdrowotnych, w 2025 roku 142 programy lekowe ogółem realizowało 571 ośrodków klinicznych w Polsce.

Według Map Potrzeb Zdrowotnych średni roczny koszt statystycznego pacjenta w 142 programach lekowych w 2025 wynosił 46 tys. zł. Spośród programów lekowych w neurologii, najwyższy roczny koszt pacjenta odnotowano w programie lekowym B.25 Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera) – 1 253 225 zł, następnie w B.24 Leczenie choroby Hurler – 1 187 802 zł,

B.22 Leczenie choroby Pompego – 851 697 zł, B.23 Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I/typu III – 693 624 zł oraz w programie lekowym B.102 Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni – 518 202 zł. Najniższy roczny koszt pacjenta odnotowano w programach B.28 Leczenie dystonii ogniskowych i połowicznego kurczu twarzy – 2 728 zł, B.30 Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A – 2 936 zł, B.57 Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A – 4 933 zł i B.133 Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą – 7 776 zł.

Należy zaznaczyć, że rzeczywisty koszt farmakoterapii pacjenta w programie lekowym dla płatnika publicznego jest niższy, bo zawiera mechanizmy podziału ryzyka (RSS). Wpływy budżetowe z tytułu zawieranych instrumentów dzielenia ryzyka w ramach decyzji refundacyjnych Ministra Zdrowia, czyli wpłaty ze strony producentów leków do NFZ, wyniosły w 2024 roku ok. 1,7 mld zł, a w 2025 roku ok. 2,4 mld zł.

Wg danych NFZ w 2025 roku średni odsetek wydatków NFZ na świadczenia w 142 programach lekowych wyniósł 10%. Średni odsetek wydatków NFZ na świadczenia w programach lekowych w neurologii wynosił w 2025 roku 8,6%.

W 2025 roku na 22 programy lekowe w neurologii wydano ok. 2,2 mld zł, co stanowiło ok. 14,6% wydatków NFZ na 142 programy lekowe ogółem (ok. 15,4 mld zł). Odsetek ten ma jednak trend spadkowy, ponieważ w 2023 roku wynosił on 16,7%, a w 2024 roku – 15,2%. Jednocześnie spowolnił indeks dynamiki wzrostu wydatków na programy lekowe w neurologii rok do roku ze 121% – 2024 vs 2023 rok do 112% – 2025 vs 2024 rok. Dla porównania, indeks dynamiki wzrostu rok do roku programów lekowych ogółem wyniósł 132% – 2024 vs 2023 i 117% – 2025 vs 2024 rok.

W 2025 roku w 22 programach lekowych odnotowano różnicę „in minus” pomiędzy świadczeniami zrealizowanymi i sprawozdanymi przez ośrodki, a rozliczonymi przez NFZ w wysokości ok. 30 mln zł w świadczeniach i ok. 13 mln zł w lekach.

Porównując wartości rozliczonych kontaktów w ramach programów lekowych w neurologii w 2025 roku można zaobserwować spadek kontraktów w 2026 roku – oczywiście wg stanu na sierpień 2026 roku. Wynika jednak z tego, że Narodowy Fundusz Zdrowia znacznie pogorszył warunki realizowania programów lekowych dla szpitali. Przede wszystkim wartość umów nie odpowiada potrzebom pacjentów, wielokrotnie wartość umów jest zaniżona, co skutkuje koniecznością realizacji nadwykonań. A trzeba pamiętać, że po wprowadzonych w tym roku zmianach, nadwykonania w zakresie kosztu leku NFZ rozlicza kwartalnie, ale już koszty związane z podaniem leku rozliczane są raz do roku i pod warunkiem, że budżet danego oddziału NFZ na to pozwala.

Obecny system finansowania programów lekowych prowadzi do istotnych nierówności w dostępie pacjentów do terapii. Głównym problemem jest limitowanie kontraktów NFZ w ramach neurologicznych programów lekowych, zarówno w zakresie leków, jak i świadczeń związanych z obsługą pacjenta. W przeciwieństwie do dostępności do refundowanych leków przepisywanych na receptę, w programach lekowych wielu chorych odnotowuje bariery w dostępie do leczenia, co wynika z limitów kontraktacyjnych i zbyt niskiej wyceny świadczeń w poszczególnych programach.

Analiza neurologicznych programów lekowych wskazuje, że podstawowym ryzykiem dla świadczeniodawcy jest trwałe niedoszacowanie kosztów świadczeń towarzyszących, diagnostyki i organizacji procesu terapeutycznego. Ostateczny wynik ekonomiczny w istotnym stopniu zależy nie tylko od poziomu finansowania świadczeń przez NFZ oraz kosztów personelu, diagnostyki i materiałów medycznych, lecz również od przyjętego przez świadczeniodawcę modelu organizacji opieki nad pacjentem. Z tego względu

ocena rentowności programu lekowego powinna uwzględniać cały rzeczywisty proces obsługi pacjenta oraz przyjęty model organizacyjny. Oznacza to również, że wyniki analizy mają w pewnym stopniu charakter modelowy i powinny być interpretowane z uwzględnieniem założeń organizacyjnych przyjętych przez danego świadczeniodawcę. Zakres programów i związane z nim obowiązki kliniczne rosną szybciej niż mechanizmy aktualizacji ich finansowania, a ryczałty diagnostyczne w wielu programach pozostają niezmienione mimo wzrostu rzeczywistych kosztów. Świadczeniodawca ponosi coraz większą część kosztów realizacji terapii, a dodatkowo narażony jest na ryzyko utraty płynności związane z finansowaniem świadczeń ponad wartość zawartej umowy, szczególnie w populacji dorosłych. W konsekwencji program, który jedynie formalnie generuje znaczący przychód z refundacji leków w umowie NFZ, może jednocześnie generować ujemną marżę na poziomie całego procesu terapeutycznego i wymagać finansowania z innych rodzajów działalności podmiotu. Każdy program lekowy w neurologii powinien być monitorowany jako odrębna jednostka ekonomiczna, z comiesięczną analizą przychodów, pełnych kosztów, liczby i trybu kontaktów, kosztów diagnostyki, wykorzystania kontraktu oraz wartości świadczeń wykonanych ponad limit. Powyższe umożliwi identyfikację procesów generujących największe niedoszacowanie, zmianę w organizacji realizacji świadczeń w granicach dopuszczonych klinicznie i regulacyjnie oraz prowadzenie systematycznych działań wobec NFZ na rzecz zwiększenia finansowania odpowiadającego rzeczywistemu poziomowi realizacji i kosztów.

Wnioski i rekomendacje

Prof. dr hab. n. med. Alina Kułakowska
Prof. dr hab. n. med. Halina Sienkiewicz-Jarosz
Prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski
Dr n. med. Jakub Gierczyński

WNIOSKI

1. Programy lekowe w neurologii są główną i często jedyną możliwością dostępu pacjentów do terapii lekowych zawartych w wytycznych klinicznych.
2. W 2025 roku, w 22 programach lekowych w neurologii leczono ok. 55 tys. pacjentów, co stanowiło w ok. 16% z leczonych ok. 338 tys. pacjentów w 142 programach lekowych ogółem. Wynika z tego, że w 2025 r. niemal co szósty pacjent leczony w Polsce w programach lekowych ogółem był leczony przez neurologów.
3. W 2025 roku na 22 programy lekowe w neurologii wydano ok. 2,2 mld zł, co stanowiło ok. 15% z kwoty ok. 15,4 mld zł wydatków NFZ na 142 programy lekowe ogółem.
4. Analiza neurologicznych programów lekowych wskazuje, że podstawowym ryzykiem dla świadczeniodawcy jest trwałe niedoszacowanie kosztów świadczeń towarzyszących, diagnostyki i organizacji procesu terapeutycznego.
5. Limitowanie kontraktów w ramach neurologicznych programów lekowych prowadzi do problemów w dostępie pacjentów do terapii, utrudnia ośrodkom klinicznym planowanie opieki w aspekcie procesów i kadr oraz naraża je na ryzyko finansowe związane ze zbyt niską wyceną świadczeń i brakiem rozliczenia nadwykonań przez NFZ.

REKOMENDACJE

1. Rekomendowane jest cykliczne aktualizowanie zapisów programów lekowych w neurologii zgodnie z wytycznymi klinicznymi oraz rejestracją nowych leków i nowych wskazań.
2. Rekomendowane jest nielimitowane finansowanie neurologicznych programów lekowych pozwalające na włączanie do terapii wszystkich pacjentów spełniających kryteria programu.
3. Rekomendowana jest adekwatna do ponoszonych kosztów przez ośrodek realizujący program wycena świadczeń w ramach programów lekowych.
4. Rekomendowane jest wprowadzenie funkcji koordynatora opieki w ramach programów lekowych w neurologii celem zabezpieczenia koordynacji i optymalizacji opieki nad pacjentem na całej ścieżce diagnostyczno-terapeutyczno-rehabilitacyjnej.
5. Rekomendowany jest pomiar efektów zdrowotnych na bazie rejestru płatnika, w oparciu o rzeczywiste dane z praktyki klinicznej (RWD/RWE).

7

Załączniki

Załącznik 1. Lista funkcjonujących 145 programów lekowych na dzień 1.10.2026 r., Ministerstwo Zdrowia

Lp	Kod załącznika	Nazwa programu ONKOLOGICZNEGO
1.	B.4	Leczenie chorych na raka jelita grubego (ICD-10: C18 – C20)
2.	B.5	Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego (ICD-10: C22.0) lub raka dróg żółciowych (ICD-10: C22.1, C23, C24.0, C24.1, C24.8, C24.9)
3.	B.6	Leczenie chorych na raka płuca (ICD-10: C34) oraz międzybłoniaka opłucnej (ICD-10: C45)
4.	B.9.FM	Leczenie chorych na raka piersi (ICD-10: C50)
5.	B.10	Leczenie pacjentów z rakiem nerki (ICD-10: C64)
6.	B.12.FM	Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe (ICD-10: C82, C83, C85)
7.	B.14	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową (ICD-10: C92.1)
8.	B.50	Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej (ICD-10: C56, C57, C48)
9.	B.52	Leczenie chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32) lub nowotworem złośliwym części nosowej gardła (ICD-10 C11)
10.	B.54	Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytozy (ICD-10: C90.0)
11.	B.56	Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego (ICD-10: C61)
12.	B.58	Leczenie chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka (ICD-10: C15-C16)
13.	B.59	Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych (ICD-10: C43)
14.	B.65	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną (ICD-10: C91.0)
15.	B.66	Leczenie chorych na chłoniaki T-komórkowe (ICD-10: C84)
16.	B.77	Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina (ICD-10: C81)
17.	B.79	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową (ICD-10: C91.1)
18.	B.81	Leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-) (ICD-10: D45, D47.1)
19.	B.85	Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki (ICD-10: C25.0, C25.1, C25.2, C25.3, C25.5, C25.6, C25.7, C25.8, C25.9)
20.	B.88	Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnkomórkowego skóry (ICD-10: C44)
21.	B.108.FM	Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy (ICD-10: C73)
22.	B.110	Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym (ICD-10: C47)
23.	B.114	Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową (ICD-10: C92.0)
24.	B.115	Leczenie chorych na zaawansowane postacie mastocytozy układowej (ICD-10: C96.2, C94.3, D47.0)
25.	B.117	Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem (ICD-10 C44)
26.	B.119	Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy (ICD-10: C 73)
27.	B.125	Leczenie pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry (ICD-10: C44.12, C44.22, C44.32, C44.42, C44.52, C44.62, C44.72, C44.82, C44.92)
28.	B.132	Zapobieganie reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznego krwiotwórczych komórek macierzystych (ICD-10: C81, C82, C83, C84, C85, C88, C90, C91, C92, C93, C94, C95, C96, C45, D46, D47, D56, D57, D58, D61, D75, D80, D81, D82, D84)

Lp	Kod załącznika	Nazwa programu ONKOLOGICZNEGO
29.	B.139	Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków (ICD-10: C25.4, C17.0-C17.9, C18.0-C18.4)
30.	B.141.FM	Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym (ICD-10: C61, C65, C66, C67, C68)
31.	B.142	Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji (ICD-10: D46.0, D46.1)
32.	B.144	Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK)
33.	B.145	Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) (ICD-10: E85.8)
34.	B.146	Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma (ICD-10: C88.0)
35.	B.148	Leczenie chorych na raka endometrium (ICD-10: C54)
36.	B.149	Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi (ICD-10: T86.0)
37.	B.155	Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1) (ICD-10: Q85.0)
38.	B.159	Leczenie chorych na raka szyjki macicy (ICD-10: C53)
39.	B.163.FM	Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka (ICD-10: C69, C69.3, C69.4)
40.	B.172	Leczenie chorych z zaawansowanym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST) (ICD-10: C15, C16, C17, C18, C20, C48)
41.	B.177	Leczenie dzieci i młodzieży chorych na glejaka (ICD-10: C71)
42.	B.182	Leczenie pacjentów z chorobą von Hippel-Lindau (ICD-10: Q85.8)
Lp	Kod załącznika	Nazwa programu NIEONKOLOGICZNEGO
1.	B.1	Leczenie chorych na przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby typu B (ICD-10: B18.1)
2.	B.15	Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B (ICD-10: D66, D67)
3.	B.17	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci (ICD-10 D 80, w tym: D 80.0, D 80.1, D 80.3, D 80.4, D 80.5, D 80.6, D 80.8, D 80.9; D81 w całości; D 82, w tym: D82.0, D82.1, D82.3, D82.8, D82.9; D83, W TYM: D83.0, D83.1, D83.3, D83.8, D83.9; D89)
4.	B.18	Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci (ICD-10 E 22.8) lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego (ICD-10 E 30.9)
5.	B.19	Leczenie niskorosłych osób z somatotropinową niedoczynnością przysadki w okresie wzrastania (ICD-10: E23)
6.	B.20	Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1 (ICD-10 E 34.3)
7.	B.21	Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii (ICD-10 E 72.1)
8.	B.22	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego (ICD-10: E74.0)
9.	B.23	Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III (ICD-10 E 75.2)
10.	B.24	Leczenie choroby Hurler (ICD-10 E 76.0)
11.	B.25	Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera) (ICD-10 E 76.1)
12.	B.27	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą (ICD-10: E84)
13.	B.28	Leczenie dystonii ogniskowych i połowicznego kurczu twarzy (ICD-10 G 24.3, G 24.4, G 24.5, G 24.8, G 51.3)
14.	B.29	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane (ICD-10: G35)
15.	B.30	Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A (ICD-10: I61, I63, I69, G35, G80, G82, G83, T90, T91)

Lp	Kod załącznika	Nazwa programu NIEONKOLOGICZNEGO
16.	B.31	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP) (ICD-10 I27, I27.0)
17.	B.32	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego – Crohna (ICD-10: K50)
18.	B.33	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (ICD-10: M05, M06, M08)
19.	B.35	Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS) (ICD-10: L40.5, M07.1, M07.2, M07.3)
20.	B.36	Leczenie chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK) (ICD-10: M45)
21.	B.37	Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek (ICD-10: N18)
22.	B.38	Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą chorobą nerek (PCHN) (ICD-10: N 18)
23.	B.39	Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami (ICD-10: N25.8)
24.	B.40	Profilaktyka zakażeń wirusem RS (ICD-10: P07.2, P07.3, P27.1, P07.0, P07.1, Q20-Q24, G12.0, G12.1, E84.0)
25.	B.41	Leczenie zespołu Prader – Willi (ICD10 Q87.1)
26.	B.42	Leczenie niskorosłych dzieci z zespołem Turnera (ZT) (ICD-10 Q 96)
27.	B.44	Leczenie chorych z ciężką postacią astmy (ICD-10: J45, J82)
28.	B.47	Leczenie chorych z łuszczycą (ICD-10: L40.0, L40.1)
29.	B.55	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG) (ICD-10: K51)
30.	B.57	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A (ICD-10: I61, I63, I69, G35, G80, G82, G83, T90, T91)
31.	B.61	Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną (ICD-10: E72.0)
32.	B.62	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych (ICD-10: D 80 w tym D 80.0, D 80.1, D 80.3, D 80.4, D 80.5, D 80.6, D 80.8, D 80.9; D81.9; D 82 w tym: D 82.0, D 82.1, D 82.3, D 82.8, D 82.9; D 83 w tym: D 83.0, D 83.1, D 83.8, D 83.9; D 89.9)
33.	B.64	Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR) (ICD-10 R 62.9)
34.	B.67	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych (ICD-10: G61.8, G62.8, G63.1, G70, G04.8, G73.1, G73.2, G72.4, G61.0, G36.0, G25.82, M33.0, M33.1, M33.2)
35.	B.70	Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki (ICD-10: H34, H35.3, H36.0)
36.	B.71	Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C (ICD-10: B18.2)
37.	B.73	Leczenie pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza (ICD-10: N31)
38.	B.74	Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH) (ICD-10 I27, I27.0 i/lub I26)
39.	B.75	Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M30.1, M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8)
40.	B.76	Leczenie tyrozydemii typu 1 (HT-1) ICD-10 E70.2
41.	B.82	Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (ICD-10: M46.8)
42.	B.86	Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi (ICD-10: E85, R50.9, D89.8, D89.9)
43.	B.87	Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc (ICD-10 J84.1)
44.	B.90	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona (ICD-10: G.20)

Lp	Kod załącznika	Nazwa programu NIEONKOLOGICZNEGO
45.	B.95	Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS) (ICD-10: D59.3)
46.	B.96	Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH) (ICD-10 D59.5)
47.	B.97	Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną (ICD-10: D69.3)
48.	B.98	Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną (ICD-10: D69.3)
49.	B.99	Leczenie akromegalii (ICD-10 E22.0)
50.	B.101	Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi (ICD-10: E78.01, I21, I22, I25)
51.	B.102.FM	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni (ICD-10: G12.0, G12.1)
52.	B.104	Leczenie choroby Fabry'ego (ICD 10: E.75.2)
53.	B.105	Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN) (ICD-10: H20.0, H30.0)
54.	B.106	Profilaktyka reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby typu B u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców otrzymujących leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV (ICD-10 B-18.0, B-18.1, B-18.9, B-19.0, B-19.9, C-22.0, C-82, C-83, C85, C91, C92, D45, D47, D75, Z-94)
55.	B.107	Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną (ICD-10: L50.1)
56.	B.109	Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych (E 71.1, E 71.3, E 72.3)
57.	B.111	Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu procesu wzrastania (ICD-10 E23.0)
58.	B.112	Leczenie chorych na mukowiscydozę (ICD-10: E84)
59.	B.113	Leczenie pacjentów z chorobami nerek (ICD-10: N18)
60.	B.121	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastennicznym Lamberta-Eatona (ICD-10: G73.1)
61.	B.122	Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu (ICD-10: D 84.1)
62.	B.123	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona (ICD-10: E83.0)
63.	B.124	Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry (ICD-10: L20)
64.	B.126	Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek (ICD-10: Q61.2)
65.	B.127	Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną (ICD-10: D61)
66.	B.128	Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat (ICD-10: E80.2)
67.	B.129	Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1 (ICD-10: E74.8)
68.	B.131	Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana (ICD-10: D47.7)
69.	B.133	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą (ICD-10: G43)
70.	B.135	Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc (ICD-10: D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, J99.1, M34)
71.	B.136.FM	Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR) (ICD-10: A15)
72.	B.138.FM	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD) (ICD-10: G36.0)
73.	B.140	Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu moczniowego (ICD-10: E72.2)
74.	B.143	Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową (ICD-10: E71.1)

Lp	Kod załącznika	Nazwa programu NIEONKOLOGICZNEGO
75.	B.147	Leczenie chorych na depresję lekooporną (ICD-10: F33.1,F33.2)
76.	B.150	Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym (TRU, SLE) (ICD-10: M32)
77.	B.151	Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH) (ICD-10: E.83.3)
78.	B.152.FM	Leczenie pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC) (ICD-10: K76.8)
79.	B.153	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego (ICD-10: G40)
80.	B.154.FM	Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet (ICD-10: G40.4)
81.	B.156	Leczenie chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa (ICD-10: J32,J33)
82.	B.157	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii (G.70.0)
83.	B.158.FM	Leczenie chorych z niedoborem kwaśnej sfingomielinazy (ASMD) TYPU A/B i B (ICD-10: E75.241,E75.244)
84.	B.160	Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej (ICD-10: M80.0)
85.	B.161	Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS) (ICD-10: L 73.2)
86.	B.162	Leczenie pacjentów z kardiomiopatią (ICD-10: E85,I42.1)
87.	B.164	Leczenie pacjentów z zakrzepową plamicą małopłytkową (ICD-10: M31.1)
88.	B.165	Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP) (ICD-10 E83.3)
89.	B.166	Leczenie pacjentów z achondroplazją (ICD-10: Q77.4)
90.	B.167	Leczenie chorych na wrodzoną ślepotę Lebera (LCA) z bialleliczną mutacją genu RPE65 (ICD-10: H35.5)
91.	B.168	Leczenie pacjentów z niereagującym lub opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV) (ICD-10: B25.0,B25.1,B25.2,B25.8,B25.9)
92.	B.169	Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES) (ICD-10: D72.11)
93.	B.170	Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej (ICD-10: E85.1)
94.	B.171	Leczenie pacjentów z pierwotną nefropatią IgA (ICD-10: N02.8)
95.	B.173	Leczenie chorych z ciężką postacią łysienia plackowatego (ICD-10: L63)
96.	B.174	Leczenie chorych na ataksję Friedreicha (ICD-10: G11.1)
97.	B.175	Leczenie chorych z zespołem Alagille'a (ICD-10 Q44.7)
98.	B.176	Leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne (ICD-10: G12.2)
99.	B.178	Leczenie przewlekłego pierwotnego zespołu bólowego pęcherza moczowego (ICD-10: N30.1)
100.	B.179	Leczenie pacjentów chorych na zapalenie rogówki wywołane przez Acanthamoeba (ICD-10: H19.2)
101.	B.180	Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a (DMD) (ICD-10: G71.0)
102.	B.181	Eliminacja toksycznego stężenia metotreksatu w osoczu u dorosłych i dzieci (ICD-10: T45.1)
103.	B.183	Leczenie pacjentów z pierwotnym zapaleniem dróg żółciowych (PBC) (ICD-10: K74.3)

Źródło: Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2026 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 października 2026 r. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-16-wrzesnia-2026-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywieniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-pazdziernika-2026-r>

Załącznik 2. Lista ośrodków klinicznych realizujących poszczególne programy lekowe w neurologii wg liczby leczonych pacjentów w 2025 roku (od największej do najmniejszej)

B.22 Leczenie pacjentów z chorobą Pompego

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
mazowieckie	1. INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII	13
podkarpackie	2. KLINICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 2 IM. ŚW. JADWIGI KRÓLOWEJ W RZESZOWIE	11
śląskie	3. SZPITAL REJONOWY IM. DR. JÓZEFA ROSTKA W RACIBORZU	7
śląskie	4. WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA AKCYJNA	5
małopolskie	5. SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE	4
pomorskie	6. COPERNICUS PODMIOT LECZNICZY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	4
dolnośląskie	7. UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY IM. JANA MIKULICZA-RADECKIEGO WE WROCŁAWIU	3
łódzkie	8. SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RAWIE MAZOWIECKIEJ	3
mazowieckie	9. INSTYTUT "POMNIK - CENTRUM ZDROWIA DZIECKA" W WARSZAWIE	3
wielkopolskie	10. UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W POZNANIU	3
kujawsko-pomorskie	11. SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR. JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY	2
śląskie	12. GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM ZDROWIA DZIECKA IM. ŚW. JANA PAWŁA II SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 6	2
lubelskie	13. UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 4 W LUBLINIE	1
łódzkie	14. TOMASZOWSKIE CENTRUM ZDROWIA	1
małopolskie	15. UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY W KRAKOWIE	1
podlaskie	16. UNIWERSYTECKI DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY IM. L. ZAMENHOFA W BIAŁYMSTOKU	1
podlaskie	17. UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU	1
świętokrzyskie	18. SZPITAL SPECJALISTYCZNY DUCHA ŚWIĘTEGO W SANDOMIERZU	1
warmińsko-mazurskie	19. POWIATOWY SZPITAL IM. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W IŁAWIE	1
wielkopolskie	20. SZPITAL KLINICZNY IM. KAROLA JONSCHERA UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU	1
zachodnio-pomorskie	21. SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. MIKOŁAJA KOPERNIKA W KOSZALINIE	1
zachodnio-pomorskie	22. UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 1 IM. PROF. TADEUSZA SOKOŁOWSKIEGO PUM W SZCZECINIE	1
	Razem	70

B.23 Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
podkarpackie	1. Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	13
małopolskie	2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	12
wielkopolskie	3. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	10
śląskie	4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Psychiatryczny	9
dolnośląskie	5. "Miedziowe Centrum Zdrowia" S.A. w Lubinie	8
lubelskie	6. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie	7
łódzkie	7. Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	5
mazowieckie	8. Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	5
pomorskie	9. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	5
mazowieckie	10. Instytut Psychiatrii i Neurologii	4
zachodnio-pomorskie	11. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 Im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie	4
dolnośląskie	12. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	3
małopolskie	13. Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	3
dolnośląskie	14. Specjalistyczny Szpital im. Dra Alfreda Sokołowskiego	2
lubuskie	15. Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o.	2
małopolskie	16. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie	2
mazowieckie	17. Państwowy Instytut Medyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji	2
podlaskie	18. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	2
świętokrzyski	19. Świętokrzyskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kielcach	2
dolnośląskie	20. Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie	1
kujawsko-pomorskie	21. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	1
łódzkie	22. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	1
małopolskie	23. Szpital Powiatowy w Chrzanowie	1
opolskie	24. Prudnickie Centrum Medyczne Spółka Akcyjna – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Prudniku	1
śląskie	25. Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6	1
warmińsko-mazurskie	26. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie	1
warmińsko-mazurskie	27. Szpital Powiatowy im. Jana Mikulicza w Biskupcu	1
zachodnio-pomorskie	28. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach	1
	Razem	109

B.24 Leczenie choroby Hurler

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
kujawsko-pomorskie	1. Nowy Szpital Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	2
małopolskie	2. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie	2
śląskie	3. Szpital Miejski Nr 4 w Gliwicach Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	2
kujawsko-pomorskie	4. Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy	1
małopolskie	5. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	1
mazowieckie	6. Państwowy Instytut Medyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji	1
podkarpackie	7. Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	1
podlaskie	8. Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku	1
śląskie	9. Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6	1
wielkopolskie	10. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	1
zachodnio-pomorskie	11. Szpital Wojewódzki Im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie	1
	Razem	14

B.25 Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
małopolskie	1. Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	4
małopolskie	2. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie	3
małopolskie	3. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	3
kujawsko-pomorskie	4. Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy	2
lubuskie	5. Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o.	2
mazowieckie	6. Państwowy Instytut Medyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji	2
mazowieckie	7. Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	2
podkarpackie	8. Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 Im. św. Jadwigi Królowej W Rzeszowie	2
podlaskie	9. Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku	2
wielkopolskie	10. Szpital Powiatowy Im. Jana Pawła II w Trzciance	2
dolnośląskie	11. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	1
dolnośląskie	12. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	1
łódzkie	13. Powiatowe Centrum Medyczne Sp. z o.o. Szpital Powiatowy	1
śląskie	14. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. N.M.P.	1
wielkopolskie	15. Wojewódzki Szpital Zespolony im. Dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie	1
wielkopolskie	16. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu	1
	Razem	30

B.28 Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
śląskie	1. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. Prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	989
małopolskie	2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	792
pomorskie	3. Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.	737
mazowieckie	4. Mazowiecki Szpital Bródnowski Sp. z o.o.	651
wielkopolskie	5. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3	413
mazowieckie	6. Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy	393
dolnośląskie	7. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego	368
śląskie	8. Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	243
zachodnio-pomorskie	9. Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie	243
świętokrzyskie	10. Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	228
mazowieckie	11. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	227
kujawsko-pomorskie	12. Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. Dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	226
łódzkie	13. Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii I Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	196
śląskie	14. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. N.M.M.	181
warmińsko-mazurskie	15. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie	177
lubelskie	16. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	174
kujawsko-pomorskie	17. Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	171
łódzkie	18. Miejskie Centrum Medyczne im. Dr. Karola Jonschera w Łodzi	169
świętokrzyskie	19. Resmedica Elżbieta Jasińska	167
zachodnio-pomorskie	20. Przychodnie Fabian Spółka Jawna	151
lubuskie	21. Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim Sp. z o.o.	141
małopolskie	22. Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej	141
podlaskie	23. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	131
opolskie	24. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu	130
świętokrzyskie	25. Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach	127
mazowieckie	26. Szpital Wolski im. Dr. Anny Gostyńskiej Sp. z o.o.	120
podkarpackie	27. Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. św. Jana Pawła II w Krośnie	115
lubuskie	28. Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli	112
wielkopolskie	29. Szpital Powiatowy im. Tadeusza Malińskiego w Śremie Sp. z o.o.	110

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
wielkopolskie	30. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	109
dolnośląskie	31. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego We Wrocławiu	108
mazowieckie	32. Instytut Psychiatrii i Neurologii	107
podkarpackie	33. Nowe Techniki Medyczne Szpital Specjalistyczny im. św Rodziny Sp. z o.o.	103
podkarpackie	34. Centrum Opieki Medycznej	97
mazowieckie	35. Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	83
małopolskie	36. Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza	82
zachodnio-pomorskie	37. Regionalny Szpital w Kołobrzegu	80
pomorskie	38. Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach	77
łódzkie	39. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego	69
lubelskie	40. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie	67
zachodnio-pomorskie	41. Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie	67
zachodnio-pomorskie	42. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie	67
podkarpackie	43. NZOZ Neurospec	64
podkarpackie	44. Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	63
podlaskie	45. Szpital Wojewódzki im. Dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	62
wielkopolskie	46. Wojewódzki Szpital Wielospecjalistyczny im. Dr. Jana Jonstona w Lesznie	62
kujawsko-pomorskie	47. SPZOZ 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	55
warmińsko-mazurskie	48. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Działdowie	46
wielkopolskie	49. Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica	45
małopolskie	50. 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	43
dolnośląskie	51. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	40
kujawsko-pomorskie	52. Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	40
małopolskie	53. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach	40
wielkopolskie	54. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Imienia Doktora Kazimierza Hołogi	40
małopolskie	55. Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.	39
pomorskie	56. Szpitale Pomorskie Sp. z o.o.	36
zachodnio-pomorskie	57. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach	35
warmińsko-mazurskie	58. "Pro-Medica" w Ełku Sp. z o.o.	32

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
mazowieckie	59. Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałubińskiego	31
podkarpackie	60. Wojewódzki Szpital im. św. ojca Pio w Przemyślu	31
łódzkie	61. Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Bełchatowie	30
mazowieckie	62. Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej	29
warmińsko-mazurskie	63. Powiatowy Szpital im. Władysława Biegańskiego w Iławie	26
pomorskie	64. 7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią SPZOZ im. Konradmirała Profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku	24
podkarpackie	65. Zespół Opieki Zdrowotnej	22
podkarpackie	66. Centrum Medyczne w Łąncucie Sp. z o.o.	22
mazowieckie	67. Szpital Czerniakowski Sp. z o.o.	21
łódzkie	68. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	20
dolnośląskie	69. Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej	17
małopolskie	70. Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie	15
wielkopolskie	71. Wojewódzki Szpital Zespolony im. Dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie	15
łódzkie	72. Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	14
małopolskie	73. Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	12
łódzkie	74. SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	6
podkarpackie	75. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie	5
dolnośląskie	76. Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu	1
	Razem	10 222

B.29 Leczenie stwardnienia rozsianego

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
małopolskie	1. Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.	1 305
mazowieckie	2. Instytut Psychiatrii i Neurologii	1 263
wielkopolskie	3. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	1 205
łódzkie	4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego	958
pomorskie	5. Copernicus Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.	885
lubelskie	6. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	809
wielkopolskie	7. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. Prof. Ludwika Bierkowskiego	776
śląskie	8. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko SUM w Katowicach	769

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
podkarpackie	9. Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	684
małopolskie	10. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	671
mazowieckie	11. Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy	619
śląskie	12. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. Prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	605
pomorskie	13. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	531
śląskie	14. Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	527
kujawsko-pomorskie	15. SPZOZ 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	469
podlaskie	16. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	464
dolnośląskie	17. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego We Wrocławiu	431
zachodnio-pomorskie	18. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie	428
dolnośląskie	19. 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej We Wrocławiu	415
łódzkie	20. SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	409
mazowieckie	21. Szpital Wolski im. Dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o.	409
opolskie	22. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu	370
dolnośląskie	23. Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej	367
wielkopolski	24. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z Siedzibą w Poznaniu Przy Ul. Szwajcarskiej 3	360
mazowieckie	25. Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	359
zachodnio-pomorskie	26. Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie	351
mazowieckie	27. Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.	339
kujawsko-pomorskie	28. Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	335
śląskie	29. Kmk-Clinical Sp. z o.o.	315
warmińsko-mazurskie	30. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie	310
mazowieckie	31. Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o.	293
mazowieckie	32. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	285
łódzkie	33. Centrum Neurologii	281
śląskie	34. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu	277
podkarpackie	35. Nowe Techniki Medyczne Szpital Specjalistyczny im. św. Rodziny Sp. z o.o.	274
dolnośląskie	36. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	261
dolnośląskie	37. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego	243
kujawsko-pomorskie	38. Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	229

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
śląskie	39. Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.	220
śląskie	40. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. N.M.P.	218
mazowieckie	41. Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie	204
śląskie	42. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	202
świętokrzyskie	43. Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich	199
świętokrzyskie	44. Resmedica Elżbieta Jasińska	198
wielkopolskie	45. Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica	198
dolnośląskie	46. Specjalistyczny Szpital im. Dr. Alfreda Sokołowskiego	192
świętokrzyskie	47. Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach	189
mazowieckie	48. Państwowy Instytut Medyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji	188
świętokrzyskie	49. Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	187
mazowieckie	50. Szpital Czerniakowski Sp. z o.o.	186
lubelskie	51. Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. św. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	176
pomorskie	52. 7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią SPZOZ im. Kontradmiranta Profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku	175
małopolskie	53. 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	174
śląskie	54. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku	173
małopolskie	55. Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie	169
lubuskie	56. Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim Sp. z o.o.	165
podkarpackie	57. Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. św. Jana Pawła II w Krośnie	162
mazowieckie	58. Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej	158
warmińsko-mazurskie	59. Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	158
łódzkie	60. Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	156
małopolskie	61. Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza	156
mazowieckie	62. Mazowiecki Szpital Bródnowski Sp. z o.o.	151
lubelskie	63. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie	147
małopolskie	64. Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej	141
warmińsko-mazurskie	65. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie	136
pomorskie	66. Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o.	129
mazowieckie	67. Centrum Kompleksowej Rehabilitacji Sp. z o.o.	125
lubuskie	68. Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o.	124
łódzkie	69. Miejskie Centrum Medyczne im. Dr. Karola Jonschera w Łodzi	124
mazowieckie	70. Radomski Szpital Specjalistyczny im. Dr. Tytusa Chałubińskiego	122

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
podlaskie	71. Szpital Wojewódzki im. Dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	120
mazowieckie	72. Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II	114
śląskie	73. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	112
mazowieckie	74. Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	101
kujawsko-pomorskie	75. Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. Dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	99
łódzkie	76. Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Bełchatowie	98
małopolskie	77. Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu	96
pomorskie	78. Szpitale Pomorskie Sp. z o.o.	93
dolnośląskie	79. "Głogowski Szpital Powiatowy" Sp. z o.o.	88
pomorskie	80. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o.	84
małopolskie	81. Szpital Powiatowy w Chrzanowie	82
podlaskie	82. Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego	82
mazowieckie	83. Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	78
podkarpackie	84. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli	75
warmińsko-mazurskie	85. Powiatowy Szpital im. Władysława Biegańskiego w Iławie	71
świętokrzyskie	86. Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku Kamiennej Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej-Curie	70
śląskie	87. Megrez Sp. z o.o.	66
łódzkie	88. Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	60
podkarpackie	89. Centrum Opieki Medycznej	60
śląskie	90. Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	60
łódzkie	91. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu	59
mazowieckie	92. Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie	57
lubelskie	93. Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie	51
mazowieckie	94. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. Witolda Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie	51
śląskie	95. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu	49
śląskie	96. Zagłębiowski Szpital Kliniczny	49
małopolskie	97. Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu	45
opolskie	98. Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie	45
małopolskie	99. Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	42
małopolskie	100. Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach	42
podkarpackie	101. Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyśle	40
mazowieckie	102. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	38
świętokrzyskie	103. Wielospecjalistyczny Szpital w Ostrowcu Świętokrzyskim	38

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
lubuskie	104. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ciborzu	37
mazowieckie	105. Instytut "Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	36
dolnośląskie	106. Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej	34
kujawsko-pomorskie	107. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny We Włocławku	34
świętokrzyskie	108. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie	33
wielkopolskie	109. Wojewódzki Szpital Zespolony im. Dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie	33
dolnośląskie	110. "Zespół Opieki Zdrowotnej" w Kłodzku	32
śląskie	111. Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej	30
łódzkie	112. Szpital Powiatowy w Radomsku	29
lubuskie	113. Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli	28
dolnośląskie	114. Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu	27
opolskie	115. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu	27
wielkopolskie	116. Szpital Wojewódzki w Poznaniu	26
łódzkie	117. Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki	25
łódzkie	118. Tomaszowskie Centrum Zdrowia	25
śląskie	119. Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6	25
śląskie	120. Sosnowiecki Szpital Miejski Sp. z o.o. w restrukturyzacji	21
warmińsko-mazurskie	121. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Działdowie	21
małopolskie	122. Uniwersytecki Szpital Dzieciątę w Krakowie	19
lubuskie	123. Nowy Szpital w Świebodzinie Sp. z o.o.	16
lubelskie	124. Uniwersytecki Szpital Dzieciątę w Lublinie	15
podlaskie	125. Uniwersytecki Dzieciątę Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku	10
śląskie	126. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie	9
podkarpackie	127. Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. Ks. B. Markiewicza	7
wielkopolskie	128. Wojewódzki Szpital Wielospecjalistyczny im. Dr. Jana Jonstona w Lesznie	6
warmińsko-mazurskie	129. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dzieciątę im. Prof. Dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie	3
	Razem	28 206

B.30 Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
mazowieckie	1. Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o.	559
małopolskie	2. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie	328
dolnośląskie	3. Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej	130
pomorskie	4. Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością	121
wielkopolskie	5. Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego	115
warmińsko-mazurskie	6. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. Dr. Stanisława Popowskiego w Olsztynie	61
śląskie	7. Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. św. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.	52
kujawsko-pomorskie	8. Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy	34
świętokrzyskie	9. Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach	29
zachodnio-pomorskie	10. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie	25
kujawsko-pomorskie	11. Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	19
podkarpackie	12. Szpital Specjalistyczny Pro-familia Tomasz Łoziński Spółka Komandytowa	15
zachodnio-pomorskie	13. Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Zdroje"	15
podkarpackie	14. Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	10
pomorskie	15. Copernicus Podmiot Leczniczy Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością	8
śląskie	16. Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6	7
podlaskie	17. Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku	5
świętokrzyskie	18. "Uzdrowsko Busko-Zdrój" Spółka Akcyjna	5
łódzkie	19. Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki	4
dolnośląskie	20. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego	3
mazowieckie	21. Instytut "Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	2
	Razem	1 547

B.57 Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
dolnośląskie	1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego	349
wielkopolskie	2. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z Siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3	284
śląskie	3. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko SUM w Katowicach	230
śląskie	4. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. Prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	179
zachodnio-pomorskie	5. Przychodnie Fabian Spółka Jawna	175
mazowieckie	6. Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy	162
lubelskie	7. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	152
lubelskie	8. CRH Żagiel Med Sp. z o.o.	151
łódzkie	9. Miejskie Centrum Medyczne im. Dr. Karola Jonschera w Łodzi	137
pomorskie	10. Copernicus Podmiot Leczniczy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	133
kujawsko-pomorskie	11. Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. Dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	129
łódzkie	12. Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	124
mazowieckie	13. Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	107
śląskie	14. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku	107
śląskie	15. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. N.M.P.	100
wielkopolskie	16. Wojewódzki Szpital Wielospecjalistyczny im. Dr. Jana Jonstona w Lesznie	98
mazowieckie	17. Instytut Psychiatrii i Neurologii	97
śląskie	18. Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	90
małopolskie	19. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	87
małopolskie	20. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach	83
świętokrzyskie	21. Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	82
pomorskie	22. Szpitale Pomorskie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	80
świętokrzyskie	23. Resmedica Elżbieta Jasińska	80
podkarpackie	24. Szpital Specjalistyczny im. Edmunda Biernackiego w Mielcu	79
śląskie	25. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu	79
opolskie	26. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu	78
małopolskie	27. Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	77
mazowieckie	28. Szpital Wolski im. Dr. Anny Gostyńskiej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	76

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
mazowieckie	29. Mazowiecki Szpital Bródnowski Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	74
wielkopolskie	30. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	70
małopolskie	31. Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. Prof. Bogustawa Franczuka	68
pomorskie	32. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	68
podkarpackie	33. Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	67
wielkopolskie	34. Szpital Powiatowy im. Tadeusza Malińskiego w Śremie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	61
podkarpackie	35. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie	59
zachodnio-pomorskie	36. Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie	59
mazowieckie	37. Radomski Szpital Specjalistyczny im. Dr. Tytusa Chałubińskiego	58
kujawsko-pomorskie	38. Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy	57
kujawsko-pomorskie	39. Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	56
opolskie	40. Stobrawskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Kup	56
podlaskie	41. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	54
podkarpackie	42. Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyśle	53
śląskie	43. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	52
pomorskie	44. Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach	49
zachodnio-pomorskie	45. Regionalny Szpital w Kołobrzegu	49
wielkopolskie	46. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Doktora Kazimierza Hołogi	48
lubelskie	47. Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. św. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	47
małopolskie	48. Krakowski Szpital Specjalistyczny im. św. Jana Pawła II	47
dolnośląskie	49. Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej	46
świętokrzyskie	50. "Uzdrowisko Busko-Zdrój" Spółka Akcyjna	46
warmińsko-mazurskie	51. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie	46
kujawsko-pomorskie	52. Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	44
mazowieckie	53. Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie	44
mazowieckie	54. Centrum Kompleksowej Rehabilitacji Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	44
małopolskie	55. 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	42
śląskie	56. Kmk-Clinical Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	42
małopolskie	57. Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	41

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
podkarpackie	58. NZOZ Neurospec	41
śląskie	59. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	40
wielkopolskie	60. Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica	40
wielkopolskie	61. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. Prof. Ludwika Bierkowskiego	40
świętokrzyski	62. Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku Kamiennej Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej-Curie	37
kujawsko-pomorskie	63. NZOZ "Szpital Lipno" utworzony przez Szpital Lipno Sp. z o.o.	36
łódzkie	64. Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie	36
podkarpackie	65. Nowe Techniki Medyczne Szpital Specjalistyczny im. św. Rodziny Sp. z o.o.	36
zachodnio-pomorskie	66. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach	36
podkarpackie	67. Centrum Medyczne w Łąncucie Sp. z o.o.	35
podlaskie	68. Szpital Wojewódzki im. Dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	34
warmińsko-mazurskie	69. Olsztyńskie Centrum Rehabilitacji Lek. med. Urszula Hura-Ruitenbach Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	34
warmińsko-mazurskie	70. Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie	31
mazowieckie	71. Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o.	29
śląskie	72. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu	29
łódzkie	73. SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	28
śląskie	74. Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy Spółka Akcyjna	28
świętokrzyskie	75. Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach	28
małopolskie	76. Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej	27
łódzkie	77. Centrum Neurologii	26
wielkopolskie	78. Centrum Medyczne HCP Sp. z o.o. NZOZ Centrum Medyczne HCP Lecznictwo Stacjonarne	25
lubelskie	79. Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki	24
pomorskie	80. Szpital św. Jana	24
pomorskie	81. 7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią SPZOZ im. Konradmirała Profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku	23
śląskie	82. Neurokard Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	23
śląskie	83. Novo-med Zieliński i Wspólnicy Spółka Jawna	20
mazowieckie	84. Niepubliczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Wigor Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	19
lubuskie	85. Szpital Uniwersytecki Imienia Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	18
łódzkie	86. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	18
łódzkie	87. Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	18

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
śląskie	88. Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	18
kujawsko-pomorskie	89. Eskulap Bis s.c. Ewa Molska, Stanisław Molski	16
warmińsko-mazurskie	90. Iwona Magdalena Kurek-Krzyżewska Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Neuromed"	15
dolnośląskie	91. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	14
podkarpackie	92. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli	14
śląskie	93. Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej	14
podkarpackie	94. Centrum Opieki Medycznej	12
śląskie	95. Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	12
pomorskie	96. Szpitale Tczewskie	11
śląskie	97. Szpital Powiatowy w Zawierciu	11
śląskie	98. "Repty" Górnośląskie Centrum Rehabilitacji	9
zachodnio-pomorskie	99. Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie	9
kujawsko-pomorskie	100. Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. Dr Jana Bizuela w Bydgoszczy	8
śląskie	101. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu	6
mazowieckie	102. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	5
pomorskie	103. Przychodnia Morska Janczewscy Sp. z o.o.	5
śląskie	104. Bud-med I. Pałka-Kisielowska Spółka Jawna	5
mazowieckie	105. Centrum Zdrowia Mazowska Zachodniego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	4
mazowieckie	106. Szpital Grochowski im. Dr. med. Rafała Masztaka Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	4
mazowieckie	107. Nasza Klinika Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością	3
pomorskie	108. Centrum Rehabilitacji Krok Po Kroku	2
dolnośląskie	109. Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu	1
kujawsko-pomorskie	110. SPZOZ Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika	1
kujawsko-pomorskie	111. SPZOZ 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	1
Razem		6 235

B.67 Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
mazowieckie	1. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	130
małopolskie	2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	122
dolnośląskie	3. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	116
lubelskie	4. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	91
wielkopolskie	5. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	72
wielkopolski	6. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z Siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3	67
małopolskie	7. Krakowski Szpital Specjalistyczny im. św. Jana Pawła II	66
śląskie	8. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. Prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	62
świętokrzyskie	9. Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	62
dolnośląskie	10. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego	61
kujawsko-pomorskie	11. SPZOZ 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	57
mazowieckie	12. Instytut Psychiatrii i Neurologii	55
śląskie	13. Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	53
mazowieckie	14. Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy	48
pomorskie	15. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	47
podkarpackie	16. Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	46
śląskie	17. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu	44
łódzkie	18. SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	39
pomorskie	19. Copernicus Podmiot Leczniczy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	39
kujawsko-pomorskie	20. Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	38
łódzkie	21. Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	38
opolskie	22. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu	35
dolnośląskie	23. Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej	34
pomorskie	24. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	32
śląskie	25. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. N.M.P.	28
małopolskie	26. Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	27
mazowieckie	27. Instytut "Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	26
wielkopolskie	28. Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica	26
podkarpackie	29. Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyśle	25

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
pomorskie	30. Szpitale Pomorskie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	23
lubuskie	31. Szpital Uniwersytecki Imienia Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	21
podkarpackie	32. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli	20
podlaskie	33. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	20
warmińsko-mazurskie	34. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie	19
zachodnio-pomorskie	35. Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie	19
łódzkie	36. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego	18
małopolskie	37. 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	17
mazowieckie	38. Mazowiecki Szpital Bródnowski Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	17
łódzkie	39. Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Bełchatowie	16
mazowieckie	40. Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	16
wielkopolskie	41. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski	15
śląskie	42. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu	14
zachodnio-pomorskie	43. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie	14
mazowieckie	44. Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie	13
mazowieckie	45. Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	13
dolnośląskie	46. 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej We Wrocławiu	12
lubelskie	47. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej	12
małopolskie	48. Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu	10
podlaskie	49. Szpital Wojewódzki im. Dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	10
warmińsko-mazurskie	50. Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	10
lubelskie	51. Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. św. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	9
łódzkie	52. Miejskie Centrum Medyczne im. Dr. Karola Jonschera w Łodzi	9
mazowieckie	53. Państwowy Instytut Medyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji	9
mazowieckie	54. Instytut Matki i Dziecka	9
mazowieckie	55. Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	9
wielkopolskie	56. Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	9
wielkopolskie	57. Szpital Powiatowy im. Tadeusza Malińskiego w Śremie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	9

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
kujawsko-pomorskie	58. Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. Dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	8
małopolskie	59. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie	8
podkarpackie	60. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie	8
śląskie	61. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu Zdroju	8
śląskie	62. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko SUM w Katowicach	8
warmińsko-mazurskie	63. Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie	8
kujawsko-pomorskie	64. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku	7
łódzkie	65. Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki	7
podkarpackie	66. Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie	7
śląskie	67. Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6	7
świętokrzyskie	68. Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach	7
wielkopolskie	69. Szpital Pomnik Chrztu Polski	7
łódzkie	70. Szpital Powiatowy w Radomsku	6
śląskie	71. Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy Spółka Akcyjna	6
kujawsko-pomorskie	72. Nowy Szpital Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	5
lubelskie	73. Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie	5
śląskie	74. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie	5
śląskie	75. Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	5
świętokrzyskie	76. Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich	5
lubelskie	77. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach	4
mazowieckie	78. Szpital Czerniakowski Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	4
podkarpackie	79. Centrum Opieki Medycznej	4
podlaskie	80. Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku	4
śląskie	81. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszyń	4
świętokrzyskie	82. Wielospecjalistyczny Szpital w Ostrowcu Świętokrzyskim	4
warmińsko-mazurskie	83. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie	4
łódzkie	84. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu	3
mazowieckie	85. Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.	3
śląskie	86. Szpital Murcki Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	3
warmińsko-mazurskie	87. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Działdowie	3

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
warmińsko-mazurskie	88. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. Dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie	3
dolnośląskie	89. "Głogowski Szpital Powiatowy" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	2
kujawsko-pomorskie	90. SPZOZ Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika	2
lubelskie	91. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Lublinie	2
małopolskie	92. Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	2
mazowieckie	93. Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie	2
mazowieckie	94. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	2
opolskie	95. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu	2
warmińsko-mazurskie	96. Powiatowy Szpital im. Władysława Biegańskiego w Iławie	2
kujawsko-pomorskie	97. Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy	1
łódzkie	98. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	1
małopolskie	99. Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	1
śląskie	100. Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie	1
śląskie	101. Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej	1
świętokrzyski	102. Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku Kamiennej Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej-Curie	1
wielkopolskie	103. Wojewódzki Szpital Zespolony im. Dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie	1
Razem		2 171

B.90 Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
mazowieckie	1. Mazowiecki Szpital Bródnowski Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	109
śląskie	2. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. Prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	94
pomorskie	3. Copernicus Podmiot Leczniczy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	88
dolnośląskie	4. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	76
wielkopolskie	5. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	60
śląskie	6. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu	57
łódzkie	7. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	34
podkarpackie	8. Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	30

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
zachodnio-pomorskie	9. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach	30
kujawsko-pomorskie	10. Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. Dr Jana Biziela w Bydgoszczy	27
małopolskie	11. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach	26
małopolskie	12. 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	20
zachodnio-pomorskie	13. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie	19
dolnośląskie	14. Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej	13
małopolskie	15. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	11
łódzkie	16. Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	10
świętokrzyskie	17. Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	9
wielkopolskie	18. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3	6
lubelskie	19. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie	4
opolskie	20. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu	4
lubelskie	21. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	3
	Razem	730

B.102.FM Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
mazowieckie	1. Instytut "Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	97
małopolskie	2. Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	96
mazowieckie	3. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	81
wielkopolskie	4. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	76
podkarpackie	5. Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	73
dolnośląskie	6. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	65
łódzkie	7. Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	57
dolnośląskie	8. Dolnośląski Szpital Specjalistyczny Im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej	54
pomorskie	9. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	46
pomorskie	10. Copernicus Podmiot Leczniczy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	42
łódzkie	11. Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki	41

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
lubelskie	12. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	39
małopolskie	13. Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	39
śląskie	14. Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6	34
śląskie	15. Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	33
zachodnio-pomorskie	16. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie	31
kujawsko-pomorskie	17. Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy	30
lubelskie	18. Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie	28
śląskie	19. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko SUM w Katowicach	28
kujawsko-pomorskie	20. Eskulap Bis S.c. Ewa Molska Stanisław Molski	27
śląskie	21. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie	27
wielkopolski	22. Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	26
mazowieckie	23. Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	22
zachodnio-pomorskie	24. Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Zdroje"	20
mazowieckie	25. Instytut Matki i Dziecka	17
podlaskie	26. Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku	15
mazowieckie	27. Instytut Psychiatrii i Neurologii	13
warmińsko-mazurskie	28. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. Dr. Stanisława Popowskiego w Olsztynie	11
śląskie	29. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. Prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	10
śląskie	30. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. Barbary w Sosnowcu	9
kujawsko-pomorskie	31. SPZOZ 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	7
świętokrzyskie	32. Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich	7
	Razem	1 201

B.104 Leczenie choroby Fabry'ego

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
małopolskie	1. Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	29
łódzkie	2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	23
dolnośląskie	3. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	18
wielkopolskie	4. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	16
śląskie	5. Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	14
podkarpackie	6. Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	10
pomorskie	7. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	10
mazowieckie	8. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	7
dolnośląskie	9. Powiatowy Zespół Szpitali	5
mazowieckie	10. Instytut Psychiatrii i Neurologii	5
świętokrzyskie	11. Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach	5
mazowieckie	12. Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy	4
zachodnio-pomorskie	13. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie	4
dolnośląskie	14. Specjalistyczny Szpital im. Dr. Alfreda Sokołowskiego	3
dolnośląskie	15. "Miejskie Centrum Zdrowia" S.A. w Lubinie	3
podlaskie	16. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	3
kujawsko-pomorskie	17. Wojewódzki Szpital Zespolony Im. L. Rydygiera w Toruniu	2
lubelskie	18. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	2
małopolskie	19. Uniwersytecki Szpital Dzieciątka w Krakowie	2
małopolskie	20. Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.	2
podkarpackie	21. Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. św. Jana Pawła II w Krośnie	2
pomorskie	22. Copernicus Podmiot Leczniczy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	2
kujawsko-pomorskie	23. Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. Dr. Jana Biziela w Bydgoszczy	1
lubelskie	24. Uniwersytecki Szpital Dzieciątka w Lublinie	1
łódzkie	25. Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki	1
małopolskie	26. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dzieciątka im. św. Ludwika w Krakowie	1
mazowieckie	27. Instytut "Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	1
warmińsko-mazurskie	28. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie	1
wielkopolskie	29. Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	1
zachodnio-pomorskie	30. Regionalny Szpital w Kołobrzegu	1
	Razem	179

B.121 Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
mazowieckie	1. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	16
pomorskie	2. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	6
małopolskie	3. Krakowski Szpital Specjalistyczny im. św. Jana Pawła II	4
małopolskie	4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	4
łódzkie	5. Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	3
dolnośląskie	6. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	2
pomorskie	7. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	2
kujawsko-pomorskie	8. Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	1
lubelskie	9. Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. św. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	1
śląskie	10. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. Barbary w Sosnowcu	1
świętokrzyskie	11. Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	1
zachodnio-pomorskie	12. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie	1
	Razem	42

B.123 Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
mazowieckie	1. Instytut "Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	1
pomorskie	2. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	1
	Razem	2

B.133 Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
dolnośląskie	1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	160
łódzkie	2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego	142
małopolskie	3. Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.	124
wielkopolski	4. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3	121
mazowieckie	5. Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy	114
kujawsko-pomorskie	6. Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. Dr. Jana Biziela w Bydgoszczy	113

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
śląskie	7. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko SUM w Katowicach	107
podkarpackie	8. Zespół Opieki Zdrowotnej	106
mazowieckie	9. Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	104
pomorskie	10. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	95
podkarpackie	11. NZOZ Neurospec	94
pomorskie	12. Copernicus Podmiot Leczniczy Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością	89
małopolskie	13. 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	87
zachodnio-pomorskie	14. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach	87
świętokrzyskie	15. Resmedica Elżbieta Jasińska	86
zachodnio-pomorskie	16. Przychodnie Fabian Spółka Jawna	86
lubelskie	17. CRH Żagiel Med Sp. z o.o.	81
kujawsko-pomorskie	18. Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	76
śląskie	19. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku	69
mazowieckie	20. Mazowiecki Szpital Bródnowski Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością	67
mazowieckie	21. Państwowy Instytut Medyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji	66
wielkopolskie	22. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	63
śląskie	23. Novo-med Zieliński i Wspólnicy Spółka Jawna	61
małopolskie	24. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach	56
śląskie	25. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu	55
wielkopolskie	26. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. Prof. Ludwika Bierkowskiego	55
podkarpackie	27. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Rzeszowie	52
zachodnio-pomorskie	28. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie	52
śląskie	29. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu	50
małopolskie	30. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	48
śląskie	31. Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy Spółka Akcyjna	46
lubelskie	32. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	44
podkarpackie	33. Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	43
podlaskie	34. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	43
lubuskie	35. Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	42
łódzkie	36. Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	42

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
łódzkie	37. NZOZ "Med-kol" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	41
dolnośląskie	38. Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolestawcu	35
dolnośląskie	39. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego	34
świętokrzyskie	40. Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	34
podkarpackie	41. Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu	29
warmińsko-mazurskie	42. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie	29
opolskie	43. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu	27
małopolskie	44. Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	26
podkarpackie	45. Centrum Medyczne w Łąncucie Sp. z o.o.	24
lubelskie	46. Neuro-clinic Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	23
łódzkie	47. SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	23
mazowieckie	48. Szpital Wolski im. Dr Anny Gostyńskiej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	22
wielkopolskie	49. Wojewódzki Szpital Wielospecjalistyczny im. Dr. Jana Jonstona w Lesznie	21
lubelskie	50. Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	20
kujawsko-pomorskie	51. SPZOZ Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika	19
podkarpackie	52. Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. św. Jana Pawła II w Krośnie	17
warmińsko-mazurskie	53. Powiatowy Szpital im. Władysława Biegańskiego w Iławie	16
dolnośląskie	54. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	15
kujawsko-pomorskie	55. Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	15
śląskie	56. Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	14
warmińsko-mazurskie	57. Iwona Magdalena Kurek-Krzyżewska Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Neuromed"	14
podlaskie	58. Szpital Wojewódzki im. Dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	9
warmińsko-mazurskie	59. Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie	6
	Razem	3 339

B.138.FM Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
mazowieckie	1. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	85
wielkopolskie	2. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	18
podkarpackie	3. Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	12
mazowieckie	4. Instytut Psychiatrii i Neurologii	11
małopolskie	5. Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.	9
lubelskie	6. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	8
łódzkie	7. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego	7
kujawsko-pomorskie	8. Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	5
łódzkie	9. SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	5
śląskie	10. Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	5
śląskie	11. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im Prof. Stanisława Szyszko SUM w Katowicach	5
dolnośląskie	12. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	4
pomorskie	13. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	4
śląskie	14. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. Barbary w Sosnowcu	4
zachodnio-pomorskie	15. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie	4
kujawsko-pomorskie	16. Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu	3
kujawsko-pomorskie	17. SPZOZ 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	3
małopolskie	18. 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	3
pomorskie	19. Copernicus Podmiot Leczniczy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	3
śląskie	20. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. Prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	3
warmińsko-mazurskie	21. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie	3
dolnośląskie	22. 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu	2
małopolskie	23. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	2
mazowieckie	24. Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	2
śląskie	25. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu	2
dolnośląskie	26. Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej	1

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
kujawsko-pomorskie	27. Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy	1
łódzkie	28. Centrum Neurologii	1
małopolskie	29. Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	1
mazowieckie	30. Instytut "Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	1
mazowieckie	31. Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	1
opolskie	32. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu	1
podkarpackie	33. Nowe Techniki Medyczne Szpital Specjalistyczny im. św. Rodziny Sp. z o.o.	1
śląskie	34. KMK-clinical Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	1
świętokrzyskie	35. Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich	1
wielkopolskie	36. Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica	1
zachodnio-pomorskie	37. Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie	1
	Razem	224

B.153 Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
mazowieckie	1. Instytut "Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	18
pomorskie	2. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	8
wielkopolskie	3. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	5
dolnośląskie	4. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	4
mazowieckie	5. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	4
śląskie	6. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie	3
śląskie	7. Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	3
małopolskie	8. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	2
mazowieckie	9. Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki SPZOZ	2
podkarpackie	10. Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	2
kujawsko-pomorskie	11. SPZOZ 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	1
lubelskie	12. Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie	1
lubuskie	13. Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli	1
śląskie	14. Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6	1
śląskie	15. "Merkury" Spółka Z Ograniczoną Odpowiedzialnością	1
	Razem	56

B.154.FM Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
wielkopolskie	1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	53
mazowieckie	2. Instytut "Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	31
łódzkie	3. Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki	30
mazowieckie	4. Instytut Matki i Dziecka	28
podkarpackie	5. Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	24
dolnośląskie	6. Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej	23
pomorskie	7. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	20
śląskie	8. Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6	19
kujawsko-pomorskie	9. Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy	16
mazowieckie	10. Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki SPZOZ	14
małopolskie	11. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	13
lubelskie	12. Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie	12
dolnośląskie	13. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	8
śląskie	14. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie	8
lubuskie	15. Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli	7
śląskie	16. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. Prof. K. Gibińskiego ŚUM w Katowicach	7
podlaskie	17. Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku	6
małopolskie	18. Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	4
mazowieckie	19. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. Witolda Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie	4
warmińsko-mazurskie	20. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. Dr. Stanisława Popowskiego w Olsztynie	4
kujawsko-pomorskie	21. Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	3
kujawsko-pomorskie	22. SPZOZ 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	2
mazowieckie	23. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	2
śląskie	24. "Merkury" Spółka Z Ograniczoną Odpowiedzialnością	2
łódzkie	25. Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	1
śląskie	26. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im Prof. Stanisława Szyszko SUM w Katowicach	1
świętokrzyskie	27. Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	1
zachodnio-pomorskie	28. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie	1
zachodnio-pomorskie	29. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Szczecinie	1
Razem		345

B.157 Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastennii

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
kujawsko-pomorskie	1. SPZOZ 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	45
kujawsko-pomorskie	2. Neurocentrum Bydgoszcz	21
mazowieckie	3. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	19
pomorskie	4. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	13
małopolskie	5. Krakowski Szpital Specjalistyczny im. św. Jana Pawła II	9
śląskie	6. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. Prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	7
śląskie	7. SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku	4
śląskie	8. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im Prof. Stanisława Szyszko SUM w Katowicach	4
wielkopolskie	9. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym. SPZOZ z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3	4
dolnośląskie	10. 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZPZ we Wrocławiu	3
świętokrzyskie	11. Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	3
zachodnio-pomorskie	12. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie	3
lubelskie	13. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 W Lublinie	2
małopolskie	14. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	2
małopolskie	15. 5 Wojskowy Szpital Kliniczny Z Polikliniką – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	2
małopolskie	16. Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.	2
śląskie	17. Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	2
wielkopolskie	18. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	2
dolnośląskie	19. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego	1
dolnośląskie	20. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	1
kujawsko-pomorskie	21. Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	1
lubuskie	22. Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o.	1
łódzkie	23. SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	1
łódzkie	24. Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Bełchatowie	1
mazowieckie	25. Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki SPZPZ	1
mazowieckie	26. Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	1
podkarpackie	27. SPZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie	1
świętokrzyskie	28. ZOZ Skarżysku Kamiennej Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej-Curie	1
zachodnio-pomorskie	29. Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie	1
	Razem	158

B.170 Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
mazowieckie	1. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	4
śląskie	2. Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	1
świętokrzyskie	3. Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	1
	Razem	6

B.174 Leczenie chorych na ataksję Friedreicha

Województwo	Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
pomorskie	1. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	42
mazowieckie	2. Instytut Psychiatrii i Neurologii	7
śląskie	3. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. Prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	4
małopolskie	4. Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.	2
kujawsko-pomorskie	5. Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	1
kujawsko-pomorskie	6. Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. Dr. Jana Biziela w Bydgoszczy	1
lubelskie	7. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej	1
podlaskie	8. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	1
wielkopolskie	9. Szpital Wojewódzki w Poznaniu	1
wielkopolskie	10. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	1
	Razem	61

Bibliografia

1. Gierczyński J, Kułakowska A, Rejdak K. Neurologia w Polsce. Stan obecny i perspektywy rozwoju. Warszawa: Polskie Towarzystwo Neurologiczne, Fundacja Zdrowie i Edukacja Ad Meritum; 2024. Dostępne: https://ptneuro.pl/sites/scm/files/2024-09/Raport_Neurologia%20w%20Polsce.%20Stan%20obecnny%20i%20perspektywy%20rozwoju.pdf
2. Ministerstwo Zdrowia. Programy lekowe. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/programy-lekowe>
3. EFPIA. Patients W.A.I.T. Indicator 2025 Survey. IQVIA; 2026. Dostępne: <https://www.efpia.eu/media/mnfdwzax/efpia-patients-wait-indicator-2025.pdf>
4. Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych. Programy lekowe w Polsce – wnioski z badania ankietowego. 2025. Dostępne: <https://zdrowie.pap.pl/sites/default/files/202510/PROGRAMY-LEKOWE-W-POLSCE-----WNIOSKI-Z-BADANIA-ANKIETOWEGO-v2.pdf>
5. MedExpress. Nowa Polityka Lekowa Państwa. MZ zapowiada zmiany na lata 2026–2031. 10.09.2026. Dostępne: <https://www.medexpress.pl/ochrona-zdrowia/nova-polityka-lekowa-panstwa-mz-zapowiada-zmiany-na-lata-20262031/>
6. Narodowy Fundusz Zdrowia. Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 75/2026/DGL Prezesa NFZ z dnia 23 lipca 2026 r. Dostępne: https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/43946/Zarzadzenie-75_2026_DGL
7. Ministerstwo Zdrowia. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2026 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 października 2026 r. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-16-wrzesnia-2026-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywnieniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-pazdziernika-2026-r>
8. Ministerstwo Zdrowia. Obwieszczenia ministra zdrowia – lista leków refundowanych. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-lista-lekow-refundowanych>
9. Narodowy Fundusz Zdrowia. Odpowiedź na wniosek PTN o udostępnienie danych dotyczących opieki nad pacjentami z chorobami neurologicznymi w Polsce. Sygn. NFZ-DGL.0143.84.2026 2026.356959.ANDY; 08.07.2026.
10. Narodowy Fundusz Zdrowia. Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2025 r. Dostępne: <https://www.nfz.gov.pl/bip/dzialalnosc-nfz/>
11. Narodowy Fundusz Zdrowia. Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2024 r. Dostępne: https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/dzialalnosc_nfz/spraw_ozdania_z_dzialalnosci_nfz/zalacznik_do_uchwaly_nr_15-sig.pdf
12. Narodowy Fundusz Zdrowia. Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2023 r. Dostępne: https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/zal_do_uchwaly_n_r_17-sig.pdf
13. Narodowy Fundusz Zdrowia, Departament Gospodarki Lekami. Pismo NFZ-DGL.0143.112.2026 2026.450412.KATU wraz z załącznikiem.
14. Ministerstwo Zdrowia. Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Dostępne: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/>
15. Ministerstwo Zdrowia. Dzięki negocjacjom z firmami farmaceutycznymi 400 mln zł trafi na nowe terapie. 15.09.2026. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/dzieki-negocjacjom-z-firmami-farmaceutycznymi-400-mln-zl-trafi-na-nowe-terapię>
16. Narodowy Fundusz Zdrowia. Programy lekowe 2025: zestawienie liczby pacjentów i kosztów – wszystkie programy lekowe. Dostępne: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/liczba-pacjentow-koszty-wszystkie-programy-lekowe>
17. European Medicines Agency. Myozyme: EPAR – Product Information. Ostatnia aktualizacja: 16.08.2024. Dostępne: <https://www.ema.europa.eu/pl/medicines/human/EPAR/myozyme>
18. European Medicines Agency. Nexviadyme: EPAR – Product Information. Ostatnia aktualizacja: 15.10.2026. Dostępne: <https://www.ema.europa.eu/pl/medicines/human/EPAR/nexviadyme>
19. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Opinia Prezesa AOTMiT nr 78/2024 z dnia 31 października 2024 r. o projekcie programu badań przesiewowych noworodków w Rzeczypospolitej Polskiej na lata 2019–2026, obejmującym m.in. chorobę Pompego. Dostępne: <https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/oozp/2024/OP-0078-2024.pdf>

20. Parenti G, Fecarotta S, et al.; MetabERN Subnetwork for Lysosomal Disorders. The European reference network for metabolic diseases (MetabERN) clinical pathway recommendations for Pompe disease (acid maltase deficiency, glycogen storage disease type II). *Orphanet J Rare Dis.* 2024;19(1):408. doi:10.1186/s13023-024-03373-w.
21. Schoser B, van der Beek NAME, et al. Start, switch and stop (triple-S) criteria for enzyme replacement therapy of late-onset Pompe disease: European Pompe Consortium recommendation update 2024. *Eur J Neurol.* 2024;31(9):e16383. doi:10.1111/ene.16383.
22. Kryteria dla ośrodka prowadzącego terapie zaawansowane w chorobie Parkinsona. Dostępne: <https://www.zaburzeniaruchowe.pl/artykul/kryteria-dla-osrodka-prowadzacego-terapie-zaawansowane-w-chorobie-parkinsona>
23. Narodowy Fundusz Zdrowia. Protokoły z posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Zaburzeń Motorycznych w przebiegu Choroby Parkinsona. Dostępne: <https://www.nfz.gov.pl/dla-swiaadczeniodawcy/zespoły-koordynacyjne/zespoły-koordynujace/leczenie-zaburzen-motorycznych-w-chorobie-parkinsona-protokoły-z-posiedzen,117.html>
24. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia.* 2018;38(1):1–211.
25. Puledda F, Sacco S, Diener HC, et al. International Headache Society Global Practice Recommendations for Preventive Pharmacological Treatment of Migraine. *Cephalalgia.* 2024;44(9):3331024241269735. doi:10.1177/03331024241269735.
26. Charles AC, Digre KB, Goadsby PJ, Robbins MS, Hershey A; American Headache Society. Calcitonin gene-related peptide-targeting therapies are a first-line option for the prevention of migraine: an American Headache Society position statement update. *Headache.* 2024;64(4):333–341. doi:10.1111/head.14692.
27. Domitrz I, Kozubski W, Stępień A, et al. The Polish Experts' Consensus Statement: 2023 update on new therapies for migraine. *Arch Med Sci.* 2024;20(1):339–343. doi:10.5114/aoms/175063.
28. Stępień A, Kozubski W, Rożniecki J, Domitrz I. Rozpoznawanie i leczenie migreny 2024 – aktualizacja rekomendacji. *Ból.* 2024;25:9–33.
29. Domitrz I, Karaszewski B, Stępień A. Real-world treatment chronic migraine in Poland. *Arch Med Sci.* 2024;20(6):2082–2084. doi:10.5114/aoms/197281.
30. Ornello R, Ahmed F, Negro A, et al. Early Management of OnabotulinumtoxinA Treatment in Chronic Migraine: Insights from a Real-Life European Multicenter Study. *Pain Ther.* 2021;10(1):637–650. doi:10.1007/s40122-021-00253-0.
31. Wang YF, Yang FC, Chen LA, et al. Comparative effectiveness and tolerability of calcitonin gene-related peptide monoclonal antibodies and onabotulinumtoxinA in chronic migraine: a multicenter, real-world study in Taiwan. *Eur J Neurol.* 2024;31(9):e16372. doi:10.1111/ene.16372.
32. Boczarska-Jedynak M, Blumenfeld AM. When should the effectiveness of a botulinum toxin A for chronic migraine be assessed in the face of newest International Headache Society recommendations? *Cephalalgia.* 2025;45(7):3331024251363268. doi:10.1177/03331024251363268.
33. Van Dyck CH, et al. Lecanemab in Early Alzheimer's Disease. *N Engl J Med.* 2023;388:9–21. doi:10.1056/NEJMoa2212948.
34. European Medicines Agency. Leqembi: European Public Assessment Report. Dostępne: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/leqembi>
35. European Medicines Agency. Kisunla: European Public Assessment Report. Dostępne: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/kisunla>
36. Sims JR, et al. Donanemab in Early Symptomatic Alzheimer Disease: The TRAILBLAZER-ALZ 2 Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2023;330:512–527. doi:10.1001/jama.2023.13239.
37. Haute Autorité de Santé. LEQEMBI (lécanémab) – maladie d'Alzheimer. Avis défavorable au remboursement. 22.10.2025. Dostępne: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3702487/fr/leqembi-lecanemab-maladie-d-alzheimer
38. Haute Autorité de Santé. KISUNLA – avis de la Commission de la transparence. 06.05.2026. Dostępne: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3995810/fr/kisunla-06052026-avis-ct21630
39. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Zlecenie nr 172/2026 – Kisunla (donanemab). Dostępne: <https://bip.aotm.gov.pl/zlecenia-mz-2026/9819-zlecenie-172-2026>
40. GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol.* 2024;23(4):344–381. doi:10.1016/S1474-4422(24)00038-3.
41. Ministerstwo Zdrowia. Priorytety Ministerstwa Zdrowia na lata 2025–2027. 25.09.2025. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/priorytety-ministerstwa-zdrowia-na-lata-2025-2027>

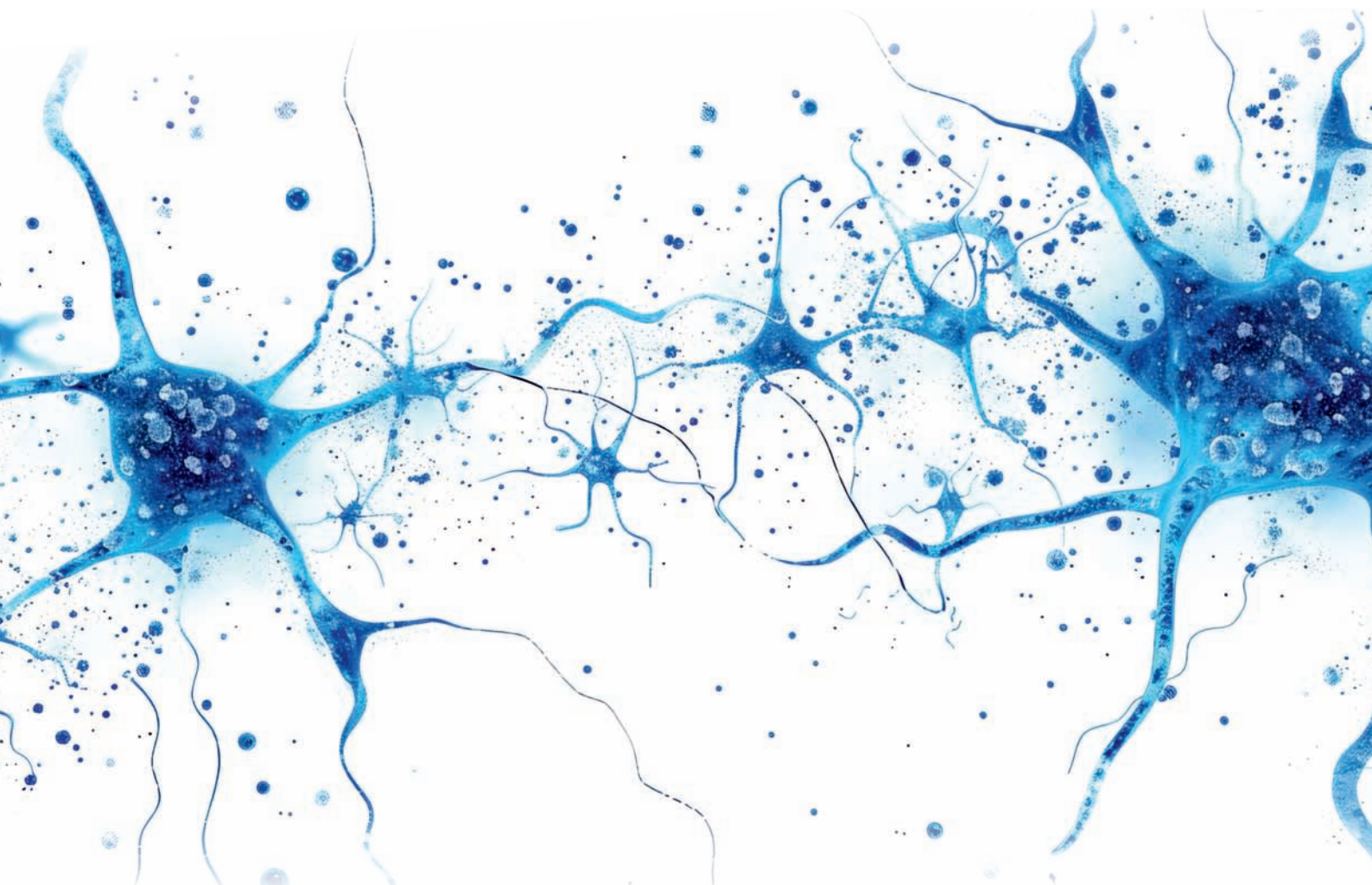


Polskie Towarzystwo
Neurologiczne



ZDROWIE I EDUKACJA
AD MERITUM

FUNDACJA



ISBN: 978-83-966921-5-3



9 788396 692153