



Minister
Zdrowia

DLF.050.18.2026.KK
Warszawa, 06 maja 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacją nr 16551 Pana Jarosława Krajewskiego, Posła na Sejm RP, i grupy posłów, z dnia 17 kwietnia 2026 r. *w sprawie zasad rozliczania i finansowania nadwykonań świadczeń zdrowotnych przez NFZ oraz ich wpływu na płynność finansową szpitali i dostępność świadczeń dla pacjentów*, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Dane przekazane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dotyczące wartości nadwykonań za lata 2024 i 2025 oraz nierozliczonych nadwykonań według stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych OW NFZ za 2025 r i na 31 marca 2026 r., zostały przedstawione w załączniku do niniejszej interpelacji.

Ponadto informuję, że zgodnie z zapewnieniami NFZ w latach 2024-2025 finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie było objęte rozliczaniem po stawkach niższych od nominalnych. Stosowanie stawek niższych od nominalnych miało zastosowanie wyłącznie do rozliczenia niektórych nadwykonań limitowanych za 2024 i 2025 r.

Odnosząc się do kwestii decyzji finansowych i organizacyjnych, jakie zostały podjęte przez Ministerstwo Zdrowia od 1 stycznia 2025 r. w celu zapewnienia terminowego rozliczania nadwykonań, pragnę wskazać, że zaplanowana pierwotnie dotacja podmiotowa z budżetu państwa dla NFZ na 2025 r. wyniosła **18,35 mld zł** (ponad dwukrotnie więcej niż zaplanowana pierwotnie na 2024 r.), natomiast dzięki decyzjom Minister Zdrowia oraz Ministra Finansów, środki te wyniosły ostatecznie blisko **33 mld zł**.

Dodatkowe środki dotacji podmiotowej dla NFZ na 2025 r. pozwoliły m.in. na sfinansowanie nadwykonań za rok 2024 w zakresach limitowanych, zabezpieczenie finansowania nowego zakresu świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej (program „Moje Zdrowie”), uzupełnienie środków na sfinansowanie nadwykonań nielimitowanych za I kwartał 2025 r. oraz skutków rekomendacji nr 72/2025 z dnia 24 czerwca 2025 r. Prezesa AOTMiT.

Dzięki decyzjom Ministra Finansów oraz Minister Zdrowia, w 2025 r. zostały przyznane również środki finansowe dla NFZ w kwocie blisko **1,77 mld zł**, przeznaczone na zwiększenie funduszu zapasowego NFZ.

Minister Finansów i Gospodarki wyemitował także obligacje skarbowe przeznaczone na podwyższenie funduszu zapasowego Narodowego Funduszu Zdrowia. Wyemitowane obligacje o łącznej wartości nominalnej **922 mln zł**, które pozwoliły na sfinansowanie w szczególności: nadwykonań świadczeń nielimitowanych za I-IX 2025 r., wartości nadwykonań w lekach w programach lekowych oraz chemioterapii za I-IX 2025 r.

Jednocześnie wejście w życie nowelizacji ustawy o Funduszu Medycznym pozwoliło na przekazanie do NFZ z Funduszu Medycznego **3,56 mld zł** z przeznaczeniem na sfinansowanie pełnej kwoty wartości nadwykonań świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych na rzecz osób poniżej 18 roku życia w 2025 r.

Dotacja podmiotowa dla NFZ zaplanowana pierwotnie w 2026 r. wynosiła **26 mld zł**. Jednocześnie w marcu br. NFZ otrzymał dodatkowe środki z budżetu państwa w kwocie **4 mld zł**, zwiększając jednocześnie dotację podmiotową dla NFZ zaplanowaną na bieżący rok do **30 mld zł**.

W ramach ww. dodatkowych środków budżetu państwa:

- w dniu 18 marca br. Prezes NFZ dokonał zwiększenia do planu finansowego NFZ na 2026 r. o kwotę 1,7 mld zł, z przeznaczeniem na uzupełnienie środków na sfinansowanie, niesfinansowanych w ramach rozliczenia 2025 r., nadwykonań nielimitowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych programami lekowymi i leków stosowanych w chemioterapii;

- w dniu 24 marca br. Prezes NFZ dokonał zwiększenia do planu finansowego NFZ na 2026 r. o kwotę 300 mln zł, z przeznaczeniem na uzupełnienie środków finansowanie w 2026 r. ryczaftu PSZ w związku z dokonaniem przeliczenia jego wartości zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczaftu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 878, z późn. zm.).

Dodatkowo, w ramach powyższych środków w dniu 15 kwietnia br. Prezes NFZ dokonał zwiększenia do planu finansowego NFZ na 2026 r. o kwotę 363,66 mln. zł, z przeznaczeniem na sfinansowanie nadwykonań z 2025 r. w następujących zakresach świadczeń:

- 14.2140.029.04 świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej - dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;
- 14.5170.029.04 świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie / opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;
- 11.0000.047.02 żywienie pozajelitowe w warunkach domowych;
- 11.0000.048.02 żywienie dojelitowe w warunkach domowych;
- 11.4132.001.02 dializoterapia otrzewnowa;
- 11.4132.002.12 hemodializoterapia;
- 11.4132.003.12 hemodializoterapia - z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru;
- 04.4730.021.02 świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia;
- 04.4732.021.02 świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia.

Kolejne zwiększenia zaplanowanej dotacji podmiotowej dla NFZ na bieżący rok będą możliwe na podstawie art. 131d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wobec czego, podobnie jak w latach 2024-2025, należy spodziewać się istotnego zwiększenia dotacji podmiotowej dla NFZ w bieżącym roku.

W temacie wpływu płatności za nadwykonania na udzielane świadczenia zdrowotne należy wyjaśnić, że mechanizm rozliczania świadczeń ponadlimitowych funkcjonuje w systemie od wielu lat i stanowi element równoważenia potrzeb zdrowotnych pacjentów z możliwościami finansowymi płatnika publicznego. Świadczenia te, jako wykraczające poza zakres zobowiązań wynikających z zawartych umów, wymagają szczególnej rozważliwej w kontekście zachowania stabilności finansów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz przestrzegania zasad dyscypliny finansów publicznych.

Pragnę podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia na bieżąco monitoruje czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej oraz analizuje dostępność świadczeń w poszczególnych zakresach. Na tej m.in. podstawie NFZ podejmuje decyzje o ewentualnym zwiększeniu wartości umów w sytuacji dostępności środków w planach finansowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich.

Odnosząc się do podstawy i metodologii ustalania stawek niższych od minimalnej uprzejmie informuję, że zgodnie z przepisem art. 132c ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: ustawa), kwota wynagrodzenia wynikająca z umowy zawartej na podstawie wniosku świadczeniodawcy o wypłatę wynagrodzenia za świadczenia udzielone świadczeniobiorcom w okresie obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ponad kwotę zobowiązania, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy, jest ustalana zgodnie z kryteriami, o których mowa w art. 132c ust. 4

ustawy o świadczeniach, z zastrzeżeniem, że ceny świadczeń opieki zdrowotnej objętych tą umową nie mogą być wyższe od odpowiednich cen określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z tego samego zakresu. Do sposobu ustalenia kwoty wynagrodzenia przepisy dotyczące szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy stosuje się odpowiednio.

W odniesieniu do działań poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ należy wskazać, że zasady rozliczania nadwykonań limitowanych wynikają z przepisów art. 132c ustawy oraz zarządzenia nr 69/2021/DEF Prezesa NFZ z dnia 14 kwietnia 2021 r. w sprawie szczegółowych warunków umów o sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych świadczeniobiorcom w okresie obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ponad kwotę zobowiązania. W związku z powyższym wszystkie oddziały wojewódzkie stosują jednolite zasady finansowania nadwykonań. Należy jednak zauważyć, że możliwości finansowe poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ uwarunkowane są wysokością środków dostępnych w planie finansowym oddziału wojewódzkiego NFZ wynikającą z ogólnej kwoty środków przeznaczonych na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych i algorytmu podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ określonego w przepisach art. 118 ust. 3 ustawy.

Odnosząc się do pytania dotyczącego przypadków ograniczania przyjęć planowych, przesuwania terminów zabiegów, badań lub rehabilitacji z powodu ryzyka braku pełnego finansowania nadwykonań informuję, że kwestia terminów przyjmowania pacjentów na zabiegi została uregulowana w zapisach § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którymi świadczeniodawca zobowiązany jest do udzielania świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem oraz planem rzeczowo finansowym. Plan przyjęć jest realizowany zgodnie z wpisami na listę oczekujących i wynika z trybu skierowania (pilny/stabilny). Nadwykonania nie są częścią umowy i są zależne od wykonania, a zatem organizacja pracy świadczeniodawcy i czas realizacji danego świadczenia jest zawsze zależny od określonego w umowie limitu finansowania.

W odniesieniu do projektu zarządzenia Nr 34/2026/DSOZ w zakresie modyfikacji finansowania nadwykonań w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) informuję, że Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia zbierała opinie i uwagi do przedmiotowego projektu zarządzenia do 24 marca 2026 r.

Konsultacje społeczne trwały dwa tygodnie. W ich wyniku przychylnono się do zgłaszanych sugestii i podwyższono stawkę z proponowanego pierwotnie poziomu 40% do:

- 60% w endoskopii (gastroskopia i kolonoskopia);

- 50% w diagnostyce obrazowej (tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny).

Uwzględniono również postulaty przesunięcia zmiany na II kwartał 2026 r., dlatego nowy model rozliczania nadwykonań będzie dotyczył świadczeń udzielonych od 1 kwietnia br. Świadczenia wykonane w I kw. 2026 r. zostaną rozliczone na dotychczasowych zasadach.

Wprowadzane rozwiązania stanowią element działań mających na celu zapewnienie stabilności finansowej systemu ochrony zdrowia oraz bardziej efektywne wykorzystanie środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pozwala to na kontrolę wydatków publicznych i ograniczenie ryzyka niekontrolowanego wzrostu kosztów.

Należy podkreślić, że wprowadzone zmiany są zgodne z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.) oraz wpisują się w ramy prawne regulujące funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Przyjęte regulacje sprzyjają także racjonalizacji udzielania świadczeń przez świadczeniodawców, motywując ich do efektywnego planowania realizacji badań diagnostycznych. W praktyce oznacza to konieczność lepszego dostosowania harmonogramów pracy pracowni diagnostycznych do rzeczywistego zapotrzebowania pacjentów. Jednocześnie regulacje te sprzyjają optymalnemu wykorzystaniu dostępnych zasobów kadrowych i sprzętowych, tak aby zapewnić możliwie najwyższą liczbę wykonanych badań przy zachowaniu odpowiedniej jakości świadczeń. Wprowadzone rozwiązania pozwalają także na lepsze monitorowanie rzeczywistego zapotrzebowania na diagnostykę, co może stanowić podstawę do bardziej adekwatnego planowania świadczeń w przyszłości. Dodatkowo należy podkreślić, że wprowadzone rozwiązania wpisują się w kierunek modernizacji systemu ochrony zdrowia, oparty na efektywności kosztowej oraz racjonalnym gospodarowaniu środkami publicznymi, przy jednoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Niezależnie od powyższego, prowadzone są analizy realizacji i finansowania świadczeń, zatem NFZ będzie wnikliwie monitorował realizację świadczeń dla pacjentów, po to, aby ocenić rezultat wprowadzonych zmian.

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