



Minister Zdrowia

DLF.050.100.2026.SK
Warszawa, 22 września 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na zapytanie nr 3892, z dnia 1 września 2026 r., Pana Jarosława Krajewskiego, Pośła na Sejm RP, *w sprawie przesunięcia przez Narodowy Fundusz Zdrowia płatności za nadwykonania części świadczeń na kolejny rok*, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Na wstępie pragnę poinformować, że biorąc pod uwagę stan finansów Narodowego Funduszu Zdrowia, będący w dużej mierze skutkiem decyzji podejmowanych w systemie ochrony zdrowia w 2022 r. oraz fakt, iż NFZ co roku mierzy się z rosnącymi wydatkami m.in. na świadczenia nielimitowane, których skalę trudno jest precyzyjnie oszacować, planując budżet na dany rok, aktualnie podejmowane są prace mające na celu wdrożenie działań umożliwiających kontrolę wydatków publicznych i ograniczenie ryzyka niekontrolowanego wzrostu kosztów, przy jednoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i stabilności finansowej podmiotów leczniczych.

Kwestia poprawy sytuacji finansowej w ochronie zdrowia jest szeroko dyskutowana oraz analizowana na wszystkich poziomach, zarówno w ramach rozmów z Ministrem Finansów i Gospodarki, przy stałej współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia i Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, jak i w ramach wspólnego dialogu, w tym m.in. w ramach prac Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia. Osiągnięcie powyższego celu, jakim jest poprawa sytuacji finansowej w ochronie zdrowia, niewątpliwie wpłynie na poszerzenie możliwości finansowania świadczeń.

Jednocześnie informuję, że zapewniane są coraz wyższe środki na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej – w planie NFZ na 2026 r. pierwotna wysokość środków zapisana na koszty świadczeń opieki zdrowotnej NFZ wynosiła 201,2 mld zł, tj. 93,76 mld zł więcej niż zaplanowana pierwotnie na 2022 r.

Dotacja podmiotowa dla NFZ zaplanowana pierwotnie w 2026 r. wynosiła 26 mld zł, a dzięki decyzjom Ministra Finansów oraz Minister Zdrowia obecnie zaplanowane środki na ten cel

w 2026 r. wynoszą 33,6 mld zł. Kolejne zwiększenia zaplanowanej dotacji podmiotowej dla NFZ na bieżący rok będą możliwe na podstawie art. 131d ustawy z dnia 27 sierpnia 2024 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r., poz. 1461, z późn. zm.), zwana dalej ustawą o świadczeniach.

Odnosząc się do kwestii *rodzajów i zakresów świadczeń, których dotyczy decyzja o przesunięciu płatności za nadwykonania informuję*, że zarządzeniem Nr 74/2026/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 lipca 2026 r. zmieniającym zarządzenie Nr 46/2026/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 kwietnia 2026 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.), wprowadzono modyfikacje w zakresie rozliczania świadczeń związanych z leczeniem zaćmy, rozliczanych grupami BU18G i BU19G, udzielonych świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia, polegające na finansowaniu świadczeń przekraczających wartość zobowiązania określoną na ich realizację w umowie po rozliczeniu umowy w danym okresie rozliczeniowym, w oparciu o wniosek składany przez świadczeniodawcę do końca miesiąca następującego po zakończeniu okresu rozliczeniowego. Stanowią one element działań, mających na celu zapewnienie długotrwałej stabilności finansowej systemu ochrony zdrowia oraz zwiększenie efektywności wykorzystania środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zarządzeniem Nr 34/2026/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 marca 2026 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, wprowadzono od dnia 1 kwietnia 2026 r. modyfikacje w zakresie rozliczania części świadczeń z obszaru ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) w zakresach: badania tomografii komputerowej, badania rezonansu magnetycznego, badania endoskopowe przewodu pokarmowego – gastroscopia i badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia, polegające na finansowaniu świadczeń udzielonych osobom powyżej 18 roku życia, przekraczających wartość zobowiązania określoną na ich realizację w umowie w oparciu o wniosek składany przez świadczeniodawcę do końca miesiąca następującego po zakończeniu okresu rozliczeniowego.

Zarządzeniem Nr 61/2026/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 24 czerwca 2026 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, wyłączono z mechanizmu finansowania części świadczeń z obszaru ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) wykonanych ponad limit określony w umowie, wprowadzonego zarządzeniem Nr 34/2026/DSOZ, świadczenia udzielone osobom powyżej 18 roku życia:

1) będącym w trakcie leczenia onkologicznego prowadzonego w oparciu o kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz

2) pozostającym w monitorowaniu po zakończonym leczeniu onkologicznym.

Zarządzeniem Nr 70/2026/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 lipca 2026 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, wprowadzono od dnia 1 lipca 2026 r. modyfikacje w zakresie rozliczania świadczeń w poradniach specjalistycznych, polegające na finansowaniu świadczeń przekraczających wartość zobowiązania określonej na ich realizację w umowie po rozliczeniu umowy w danym okresie rozliczeniowym, w oparciu o wniosek składany przez świadczeniodawcę do końca miesiąca następującego po zakończeniu okresu rozliczeniowego. Z powyższych modyfikacji wyłączone zostały świadczenia:

- 1) udzielane dzieciom,
- 2) realizowane w skojarzonym zakresie świadczeń diagnostyki onkologicznej (DiLO),
- 3) realizowane w skojarzonym zakresie świadczeń - świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe,
- 4) realizowane w skojarzonym zakresie świadczeń - świadczenia zabiegowe,
- 5) realizowane w skojarzonym zakresie świadczeń - ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych (AON),
- 6) polegające na pobieraniu materiału do przesiewowego badania w kierunku raka szyjki macicy,
- 7) realizowane w zakresie położnictwa i ginekologii wraz z zakresami z nim skojarzonymi, w szczególności z uwagi na prowadzenie w tym zakresie opieki nad kobietą w okresie ciąży i porodu.

Zarządzeniem Nr 68/2026/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 lipca 2026 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, wprowadzono od dnia 1 lipca 2026 r. modyfikacje w zakresie rozliczania świadczeń udzielanych na rzecz świadczeniobiorców posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności wydane na podstawie przepisów ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. poz. 932), polegające na finansowaniu świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielonych powyższym świadczeniobiorcom, przekraczających wartość zobowiązania określoną na ich realizację w umowie w oparciu o wniosek składany przez świadczeniodawcę do końca miesiąca następującego po zakończeniu okresu rozliczeniowego.

Jednocześnie mając na uwadze przepisy załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2026 r. poz. 712, z późn. zm.), określające sposób finansowania powyższych świadczeń, w tym uprawnienia świadczeniodawców do alokacji środków pomiędzy zakresami świadczeń oraz pomiędzy umowami, określone przepisami § 20-21 powyższego załącznika do rozporządzenia MZ, określenie na obecnym etapie przewidywanej wartości zobowiązań NFZ w odniesieniu do poszczególnych grup powyższych świadczeń nie jest możliwe.

Odnosząc się do kwestii *terminów, w jakich NFZ planuje uregulować przesunięte płatności wobec świadczeniodawców i podmiotów leczniczych mających zostać objętymi tym mechanizmem*, informuję, że regulacje w tym zakresie wynikają z § 24 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którym należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy Fundusz wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie 5 dni roboczych po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych oraz informacji, o których mowa w §17 ust. 2 oraz dokumentów, o których mowa w § 23 ust. 5 i 7–8, z zastrzeżeniem § 25 i 26. Płatności dokonywane są przelewem na rachunek bankowy określony w umowie. Natomiast sama delegacja ustawowa, dotycząca nielimitowanego finansowania świadczeń dla osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności określona w art. 136 ust. 2 pkt 1-1c ustawy o świadczeniach nie określa terminu, w którym powinna nastąpić zmiana kwoty zobowiązania Funduszu.

Zgodnie z przywołanym przepisem, w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w części dotyczącej świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b ustawy o świadczeniach, kwota zobowiązania Funduszu jest zmieniana poprzez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych oraz wykonania zawartej umowy. Tym samym ustawodawca nie wskazał konkretnego terminu, w którym świadczeniodawca powinien wystąpić o zmianę kwoty zobowiązania, ani terminu, w którym Fundusz powinien dokonać takiej zmiany.

W odniesieniu do kwestii *wpływu przesunięcia płatności na sytuację finansową świadczeniodawców oraz ciągłość udzielania świadczeń w zakresie leczenia zaćmy, rehabilitacji i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* informuję, że Narodowy Fundusz Zdrowia, zgodnie z kompetencjami, prowadzi bieżące analizy dotyczące stabilności systemu oraz ciągłości udzielania świadczeń. Z uwagi na krótki czas od wdrożenia zmian, formułowanie jednoznacznych wniosków na tym etapie byłoby przedwczesne i obciążone ryzykiem błędu metodologicznego – rzetelna ocena wymaga dłuższego okresu sprawozdawczego.

Należy też uwzględnić, że dane raportowane przez świadczeniodawców trafiają do oddziałów wojewódzkich NFZ, gdzie przechodzą szereg sprawdzeń, weryfikacji i walidacji. Do Centrali NFZ przekazywane są z przesunięciem czasowym. Pełny zakres danych za II półrocze 2026 r. będzie dostępny w marcu 2027 r.

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