



Minister
Zdrowia

DLF.050.105.2026.SK
Warszawa, 24 września 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na interpelację Posłów Jerzego Polaczka i Marka Wesolego, z dnia 8 września 2026 r. (nr 19557), *w sprawie rozliczenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń wykonanych przez Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej sp. z o.o. oraz wpływu nierozliczonych kwot na płynność placówki*, 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 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r., poz. 1461, z późn. zm.), dalej ustawa o świadczeniach.

Poniżej przedstawiono zestawienia obejmujące stan rozliczenia umów zawartych ze Szpitalem Miejskim w Rudzie Śląskiej sp. z o.o., oddzielnie dla roku 2025 oraz okresu styczeń-lipiec 2026 r., wg stanu na dzień 16 września 2026 r., zgodnie z danymi przekazanymi przez Śląski Oddział Wojewódzki NFZ.

Okres sprawozdawczy / Rodzaj świadczeń / Nr umowy	Wartość zapłaconych świadczeń	Wartość niezapłaconych świadczeń do wysokości limitu (brak faktury, świadczenia błędnie zweryfikowane)	Wartość świadczeń wykonanych ponad limit umowy	w tym w zakresach nielimitowanych oraz świadczeniach wytypowanych z art. 31 ustawy o Funduszu Medycznym [7]
2025	240 852 784,27	106 163,14	4 300 423,88	0,00
03 - LECZENIE SZPITALNE	225 724 045,50	90 555,21	3 674 857,66	0,00
121/212090/03/1/2025G	547 883,24	3 125,74	646 711,94	0,00
121/212090/03/8/2025	225 176 162,26	87 429,47	3 028 145,72	0,00
04 - OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	7 174 256,62	12 649,31	402 906,40	0,00
121/212090/04/2025	6 038 480,04	11 989,20	394 420,42	0,00
121/212090/04/2025G	101 629,99	83,42	952,05	0,00
121/212090/04/2025K	1 034 146,59	576,69	7 533,92	0,00
05 - REHABILITACJA LECZNICZA	425 897,97	345,38	222 659,82	0,00
121/212090/05/2025	425 897,97	345,38	222 659,82	0,00
15 - OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA	5 403 934,46	0,00	0,00	0,00
121/212090/15/2/2025	5 403 934,46	0,00	0,00	0,00
18 - PROGRAMY PILOTAŻOWE	2 124 649,72	2 613,24	0,00	0,00
121/212090/18/19/2025	2 108 679,72	2 613,24	0,00	0,00
121/212090/18/25/2025	15 970,00	0,00	0,00	0,00

Okres sprawozdawczy / Rodzaj świadczeń / Nr umowy	Wartość zapłaconych świadczeń	Wartość niezapłaconych świadczeń do wysokości limitu (brak faktury, świadczenia błędnie zweryfikowane)	Wartość świadczeń wykonanych ponad limit umowy	w tym w zakresach nielimitowanych oraz świadczeniach wytypowanych z art. 31 ustawy o Funduszu Medycznym
2026 styczeń- lipiec	139 289 120,55	63 809,49	6 271 779,81	3 769 714,01
03 - LECZENIE SZPITALNE	132 412 779,22	62 842,15	4 442 169,80	2 434 858,30
121/212090/03/1/2026G	292 823,45	12 944,29	115 807,19	2 899,82
121/212090/03/8/2026	132 119 955,77	49 897,86	4 326 362,61	2 431 958,48
04 - OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	4 615 243,98	963,74	547 810,17	116 703,11
121/212090/04/2026	3 992 234,36	914,75	385 891,54	0,00
121/212090/04/2026G	623 009,62	48,99	161 918,63	116 703,11
05 - REHABILITACJA LECZNICZA	269 906,56	3,60	66 382,08	2 734,85
121/212090/05/2026	269 906,56	3,60	66 382,08	2 734,85
15 - OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA	1 991 190,79	0,00	1 215 417,76	1 215 417,76
121/212090/15/2/2026	1 991 190,79	0,00	1 215 417,76	1 215 417,76

Śląski OW NFZ zapewnił, że na bieżąco reguluje należności z tytułu wystawionych przez świadczeniodawcę faktur. Zgodnie bowiem 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 (t.j. Dz. U z 2026 r. poz. 712, z późn. zm.), dalej OWU, Fundusz zobowiązany jest do realizacji płatności w terminie 5 dni roboczych po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę kompletnych dokumentów rozliczeniowych.

Należy zaznaczyć, że świadczeniodawca ma prawo sprawozdawać i korygować świadczenia zgodnie z OWU.

Jednocześnie NFZ zaznaczył, że z przedstawionych analiz wyłączono sierpień 2026 r., który jest obecnie rozliczany przez świadczeniodawcę.

Odnosząc się do wartości nierozliczonych świadczeń wykonanych ponad limit w ryczałcie PSZ, informuję, że wartość ryczałtu PSZ jest ustalana w oparciu o regulację ustawy o świadczeniach oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 878 z późn. zm.).

Przy ustalaniu wysokości ryczałtu dla danego świadczeniodawcy, zgodnie z art. 136c ust. 3 ustawy o świadczeniach, uwzględnia się:

- 1) wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, którym mowa w art. 131b ust. 1;

- 2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy finansowanych w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia w zakresie:
- a) liczby i rodzaju udzielonych świadczeń,
 - b) cen udzielonych świadczeń,
 - c) parametrów jakościowych związanych z procesem udzielania tych świadczeń;
- 3) parametry dotyczące relacji liczby świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach rozliczeniowych, odpowiadające wzrostowi lub spadkowi liczby tych świadczeń.

Wypracowany przez Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej poziom wykonania ryczałtu PSZ za 2025 r. (101,18%) zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniony został w następnym okresie rozliczeniowym, czyli przy ustaleniu wartości ryczałtu PSZ na 2026 r.

Jednocześnie informuję, że aktualne przepisy nie przewidują przeliczenia ryczałtu PSZ na 2026 r. z tytułu przekroczenia planu w trakcie bieżącego okresu rozliczeniowego. Wykonanie ryczałtu PSZ za 2026 r. ponad plan zgodnie z przepisami ww. rozporządzenia będzie uwzględnione przy wyliczeniu ryczałtu PSZ na 2027 r. Aktualny poziom wykonania ryczałtu PSZ za okres: styczeń – sierpień 2026 r., wg danych Śląskiego OW NFZ na 15 września 2026 r. wynosi: 99,59%.

Omawiając przedmiotowe zagadnienie należy mieć na uwadze, że finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia zrealizowanych przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się zgodnie z postanowieniami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i przepisami:

- art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu,
- § 14 OWU, zgodnie z którym Fundusz zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

Powyższe oznacza, że zrealizowane w danym okresie sprawozdawczym świadczenia opieki zdrowotnej, zarówno udzielone ze względu na zagrożenie życia i zdrowia, jak i tzw. planowe, finansowane są do poziomu określonego w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy.

W odniesieniu do wypłaty środków za świadczenia wykonane ponad limity umów za 2025 rok wyjaśniam, że zgodnie z informacją Śląskiego OW NFZ, Oddział spełnił wobec świadczeniodawcy – Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej, ustawowy obowiązek finansowania świadczeń, co do których należało zwiększyć kwotę zobowiązania umowy do poziomu jej wykonania (tzw. „świadczenia nielimitowane”), poprzez zaproponowanie aneksów finansowych lub ugód pozasądowych.

Za rok 2026, Oddział uregulował nadwykonania za pierwszy kwartał br. dotyczące świadczeń nielimitowanych oraz leków w programach lekowych i chemioterapii.

Co do pozostałych świadczeń wykonanych ponad kwotę zobowiązania w umowie należy podkreślić, że wartość zobowiązań, które Narodowy Fundusz Zdrowia zaciąga w danym roku na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwarunkowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym NFZ, co wynika z cytowanego powyżej art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach.

Świadczenia, które należą do katalogu świadczeń limitowanych, udzielone ponad kwotę zobowiązania umownego określonego w umowach, nie stanowią ustawowego obowiązku finansowania, a ograniczone środki zapisane na ten cel w planie finansowym Oddziału nie pozwalają na ich zapłatę.

Odnosząc się do pytania numer 2 zawartego w przedmiotowej interpelacji, informuję, że zarządzenie nr 74/2026/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 lipca 2026 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju, leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, wprowadza zmiany wynikające z publikacji:

- obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 2 lipca 2026 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w obszarze leczenia chorób układu oddechowego,
- obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 2 lipca 2026 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi,
- obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 2 lipca 2026 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego związanych z ciążą i porodem,
- obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 2 lipca 2026 r. w sprawie rekomendacji nr 84/2026 z dnia 9 czerwca 2026 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej,
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2026 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 757)

oraz projektowanych zmian w rozporządzeniach Ministra Zdrowia dotyczących dokumentacji medycznej oraz zakresu informacji przekazywanych przez świadczeniodawców podmiotom finansującym świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych oraz polecenia Ministra Zdrowia zawartego w piśmie z dnia 3 lipca 2026 r, znak: DLF.736.239.2026.KA.

Przepisy omawianego zarządzenia, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 lipca 2026 r.

Jednocześnie poniżej przedstawiam zakresy świadczeń zakontraktowane w Szpitalu Miejskim w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o. w leczeniu szpitalnym, zgodnie z informacją przekazaną przez Śląski Oddział NFZ.

Zakres świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń
03.4000.030.02	CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA
03.4100.030.02	KARDIOLOGIA - HOSPITALIZACJA
03.4220.030.02	NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA
03.4220.130.02	NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA - A48
03.4260.040.02	ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA - HOSPITALIZACJA
03.4260.060.02	ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA UDZIELANE OSOBOM DO UKOŃCZENIA 18. ROKU ŻYCIA (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ)
03.4272.030.02	CHOROBY PŁUC - HOSPITALIZACJA
03.4401.030.02	PEDIATRIA - HOSPITALIZACJA
03.4421.060.02	NEONATOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY
03.4421.160.02	NEONATOLOGIA - HOSPITALIZACJA - II POZIOM REFERENCYJNY - N20, N21, N22, N23, N24, N25, 5.53.01.0001548
03.4450.060.02	POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY
03.4450.260.02	POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - PORODY
03.4450.602.02	POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - ŚWIADCZENIA UDZIELANE OSOBOM DO UKOŃCZENIA 18. ROKU ŻYCIA (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ)
03.4450.960.02	POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4450.978.02	POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO - POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM
03.4500.030.02	CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA
03.4500.140.02	CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - Q52
03.4500.600.02	CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA UDZIELANE OSOBOM DO UKOŃCZENIA 18. ROKU ŻYCIA (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ)
03.4500.930.02	CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4500.998.02	CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO - POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM
03.4580.030.02	ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA
03.4580.930.02	ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
03.4580.991.02	ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA ENDOPROTEZOPLASTYKI STAWU BIODROWEGO LUB KOLANOWEGO (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ)
03.4580.998.02	ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO - POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM

Zakres świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń
03.4580.999.17	ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA - ZABIEGI ENDOPROTEZOPLASTYKI (ŚWIADCZENIA SPRAWOZDAWANE W RYCZAŁCIE PSZ)
03.4600.030.02	OKULISTYKA - HOSPITALIZACJA
03.4600.130.02	OKULISTYKA - HOSPITALIZACJA - B18G, B19G
03.4600.140.02	OKULISTYKA - HOSPITALIZACJA - B16, B16G, B17, B17G
03.4600.150.02	OKULISTYKA - HOSPITALIZACJA - B11, B7Z
03.4600.930.02	OKULISTYKA - HOSPITALIZACJA PAKIET ONKOLOGICZNY

Należy zaznaczyć, że wprowadzone zmiany mają charakter systemowy i odnoszą się do sposobu kwalifikacji świadczeń do Jednorodnych Grup Pacjentów, a nie do przypisania ich do konkretnych komórek organizacyjnych szpitala czy oddziału.

Zarządzenie nie definiuje zamkniętej listy oddziałów – nowe grupy JGP dotyczą całego leczenia stacjonarnego i będą aktywowane automatycznie w zależności od zakodowanych rozpoznań, procedur i czasu hospitalizacji, a nie od miejsca realizacji.

W praktyce oznacza to, że w Szpitalu Miejskim w Rudzie Śląskiej od 1 lipca 2026 r. zmiany objęły m.in. oddziały: neurologii, okulistyki, chorób płuc, chorób wewnętrznych, ortopedii, pediatrii i neonatologii.

W związku z powyższym konieczna jest własna analiza porównawcza świadczeniodawcy dotychczasowego grupowania, aby zidentyfikować oddziały, na które wejście w życie ww. zarządzenia ma realny wpływ.

Natomiast poniżej wskazano zakresy świadczeń realizowane przez Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej objęte 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 (zgodnie z danymi Śląskiego OW NFZ).

Numer umowy	Zakres świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń
121/212090/03/8/2026	02.1100.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOLOGII
121/212090/03/8/2026	02.1200.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DERMATOLOGII I WENEROLOGII
121/212090/03/8/2026	02.1220.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII
121/212090/03/8/2026	02.1222.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA BÓLU
121/212090/03/8/2026	02.1270.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE GRUŹLICY I CHOROBY PŁUC
121/212090/03/8/2026	02.1280.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE REUMATOLOGII
121/212090/03/8/2026	02.1500.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ
121/212090/03/8/2026	02.1580.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU
121/212090/03/8/2026	02.1610.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE OTOLARYNGOLOGII
121/212090/02/1/2026U	02.1600.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE OKULISTYKI

W zarządzeniu wprowadzono modyfikacje w zakresie rozliczania świadczeń w poradniach specjalistycznych, polegające na finansowaniu świadczeń przekraczających wartość

zobowiązania określoną na ich realizację w umowie po rozliczeniu umowy w danym okresie rozliczeniowym, w oparciu o wnioski 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.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 2026 r.

Jednocześnie należy wskazać, że ewentualne decyzje dotyczące dalszych zmian zasad rozliczania świadczeń powinny być poprzedzone monitorowaniem funkcjonowania obowiązujących rozwiązań, w szczególności pod kątem ich wpływu na dostępność świadczeń dla pacjentów oraz sytuację świadczeniodawców. Realizacja świadczeń objętych omawianymi zmianami będzie pozostawała przedmiotem bieżącego monitorowania Narodowego Funduszu Zdrowia, co pozwoli na ocenę potrzeby podejmowania ewentualnych dalszych działań w tym zakresie.

Ponadto informuję, że aktualny plan finansowy Śląskiego OW NFZ na 2026 rok przeznaczony na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz kosztów refundacji wynosi blisko 18,71 mld zł, w tym zwiększenia planu na sfinansowanie nielimitowanych świadczeń wykonanych w I kwartale 2026 r. ponad limit umowy przewidziano kwotę ponad 480 mln zł.

Zgodnie z zapewnieniami Śląskiego OW NFZ, na bieżąco dokonywane jest monitorowanie i analiza wykonania planu finansowego Oddziału, realizacja umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz wykonanie świadczeń ponad limity umów. Stosowne informacje oraz analizy Śląski OW NFZ przekazuje do Centrali NFZ oraz do innych podmiotów. Zadania Narodowego Funduszu Zdrowia realizowane są z najwyższą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

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