



Minister Zdrowia

DLF.050.103.2026.DP
Warszawa, 07 października 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na interpelację nr 19419 z 1 września 2026 r. Pana Jarosława Krajewskiego, Pośta na Sejm RP, w sprawie opóźnień w rozliczaniu nadwykonań w programach lekowych, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

W poniższych tabelach, na podstawie danych przekazanych przez NFZ przedstawiono wartość sprawozdanych (pozytywnie zweryfikowanych, niezręczonych, nierozliczonych) świadczeń udzielonych przez świadczeniodawców w okresie I-VI 2026 r. ponad wartości umów w programach lekowych wg stanu na dzień 2.09.2026 r.

OWN NFZ	Leki	Świadczenia	Łącznie
DOLNOŚLĄSKI	81 880 028,30	18 900 931,94	100 780 960,24
KUJAWSKO-POMORSKI	82 408 986,10	11 724 327,40	94 133 313,50
LUBELSKI	47 831 458,05	15 052 159,77	62 883 617,82
LUBUSKI	4 208 267,42	2 632 582,29	6 840 849,71
ŁÓDZKI	53 635 855,34	8 106 664,94	61 742 520,28
MAŁOPOLSKI	185 065 948,41	43 543 313,17	228 609 261,58
MAZOWIECKI	72 569 095,33	15 634 196,06	88 203 291,39
OPOLSKI	21 093 456,04	3 705 922,01	24 799 378,05
PODKARPACKI	27 826 042,78	9 773 768,82	37 599 811,60
PODLASKI	31 149 663,74	13 268 189,61	44 417 853,35
POMORSKI	68 992 581,27	15 658 011,65	84 650 592,92
ŚLĄSKI	61 548 475,86	15 578 786,80	77 127 262,66
ŚWIĘTOKRZYSKI	31 514 758,83	6 677 287,74	38 192 046,57
WARMIŃSKO-MAZURSKI	22 363 717,45	9 190 074,54	31 553 791,99
WIELKOPOLSKI	56 418 960,79	9 227 467,66	65 646 428,45
ZACHODNIOPOMORSKI	11 451 221,20	23 486 184,59	34 937 405,79
Łącznie	859 958 516,91	222 159 868,99	1 082 118 385,90

Rodzaj programu lekowego	Leki	Świadczenia	łącznie
NIEONKOLOGICZNE	374 544 270,17	112 511 387,87	487 055 658,04
ONKOLOGICZNE	485 414 246,74	109 648 481,12	595 062 727,86
Suma końcowa	859 958 516,91	222 159 868,99	1 082 118 385,90

Odnosząc się do kwestii danych liczbie pacjentów, którzy spełniają kryteria medyczne włączenia do programu lekowego, lecz oczekują na rozpoczęcie terapii z przyczyn związanych z wyczerpaniem lub niewystarczającą wartością kontraktu świadczeniodawcy, pragnę poinformować, że Ministerstwo Zdrowia ani Narodowy Fundusz Zdrowia nie posiadają danych pozwalających na wskazanie liczby pacjentów, którzy spełniają kryteria medyczne włączenia do programu lekowego, lecz oczekują na rozpoczęcie terapii z przyczyn związanych z wyczerpaniem lub niewystarczającą wartością kontraktu świadczeniodawcy. Narodowy Fundusz Zdrowia poinformował, że nie posiada danych pozwalających na wskazanie liczby pacjentów, którzy po zakwalifikowaniu do programu lekowego nie rozpoczęli leczenia z powodu osiągnięcia wartości umowy ustalonej pomiędzy podmiotem leczniczym a właściwym oddziałem wojewódzkim NFZ. Systemy informatyczne NFZ gromadzą przede wszystkim dane o świadczeniach faktycznie udzielonych pacjentom i sprawozdanych przez świadczeniodawców.

System Monitorowania Programów Terapeutycznych umożliwia natomiast rejestrowanie i monitorowanie przebiegu kwalifikacji oraz leczenia pacjentów zgodnie z warunkami poszczególnych programów. Systemy te nie zawierają odrębnego, jednolitego pola służącego do gromadzenia tego typu informacji.

Sam fakt wystąpienia okresu pomiędzy kwalifikacją pacjenta a pierwszym podaniem leku nie pozwala na przyjęcie, że przyczyną opóźnienia był brak zabezpieczenia adekwatnej kwoty w umowie. Mogą na to wpływać również względy kliniczne, decyzja pacjenta, konieczność wykonania dodatkowych badań, czasowa niedostępność leku, możliwości organizacyjne placówki lub ustalenie terminu podania zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta.

Oddziały wojewódzkie NFZ analizują jednak zgłoszenia przekazywane przez pacjentów i świadczeniodawców. W przypadkach, w których potwierdzane są trudności z rozpoczęciem leczenia w danym ośrodku, podejmowany jest kontakt ze świadczeniodawcą oraz – jeżeli jest to konieczne – wskazywane są inne placówki realizujące dany program lekowy.

Należy również zaznaczyć, że systemy sprawozdawcze NFZ nie pozwalają na automatyczne wyodrębnienie kategorii pacjentów, wobec których świadczeniodawca ograniczył lub czasowo wstrzymał kwalifikację wyłącznie z przyczyn finansowych. Ustalenie rzeczywistej przyczyny niewłączenia pacjenta do programu wymaga każdorazowo analizy sytuacji konkretnego świadczeniodawcy, w tym poziomu realizacji umowy, organizacji udzielania świadczeń, dostępności personelu, możliwości diagnostycznych oraz dokumentacji dotyczącej danego pacjenta.

Jednocześnie należy podkreślić, że kwalifikacja pacjenta do programu lekowego odbywa się na podstawie kryteriów określonych w opisie programu i ma charakter medyczny. Sama sytuacja finansowa świadczeniodawcy nie stanowi kryterium kwalifikacji ani przesłanki medycznej uzasadniającej odmowę zakwalifikowania pacjenta spełniającego warunki programu.

W przypadku uzyskania informacji wskazujących, że u danego świadczeniodawcy mogło dojść do ograniczania dostępu do programu lekowego z przyczyn niezwiązanych ze stanem klinicznym pacjenta, właściwy oddział wojewódzki NFZ podejmuje działania wyjaśniające. Obejmują one w szczególności weryfikację poziomu realizacji umowy, przyczyn powstania kolejki oczekujących, możliwości organizacyjnych podmiotu oraz zasad prowadzenia harmonogramu przyjęć. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości Fundusz posiada również kompetencje kontrolne wobec świadczeniodawcy.

Należy podkreślić, że w celu zapewnienia pacjentom dostępu do leczenia, NFZ podejmuje i będzie kontynuował w szczególności następujące działania:

- bieżące monitorowanie wykonania umów w programach lekowych, w tym wartości świadczeń przekraczających poziom wynikający z umów;
- analizowanie przez oddziały wojewódzkie NFZ możliwości zwiększania wartości umów oraz przesuwania dostępnych środków do zakresów, w których występuje największa dynamika wzrostu liczby pacjentów;
- zawieranie aneksów do umów ze świadczeniodawcami, w granicach środków pozostających w planie finansowym NFZ;
- weryfikowanie zgłoszeń dotyczących odmowy albo odroczenia rozpoczęcia leczenia z przyczyn finansowych;
- współpracę ze świadczeniodawcami w celu wskazania pacjentowi innego ośrodka realizującego ten sam program, jeżeli rozpoczęcie leczenia w pierwotnie wybranej placówce nie jest możliwe w terminie odpowiadającym wskazaniom medycznym;
- okresową analizę poziomu nadwykonań oraz przedstawianie Ministrowi Zdrowia informacji niezbędnych do podejmowania decyzji dotyczących ewentualnych kolejnych zmian planu finansowego NFZ.

Działania dotyczące monitorowania realizacji umów, kontaktu ze świadczeniodawcami i zabezpieczania leczenia pacjentów prowadzone są na bieżąco. Decyzje o zwiększeniu wartości poszczególnych umów są podejmowane po analizie rzeczywistego wykonania świadczeń, dynamiki przyrostu liczby pacjentów oraz możliwości finansowych właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Centrala NFZ pozostaje w stałym kontakcie z oddziałami wojewódzkimi i świadczeniodawcami. Każdy potwierdzony przypadek odroczenia niezbędnego leczenia wyłącznie z przyczyn finansowych powinien być niezwłocznie

zgłoszony właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu NFZ, aby możliwe było ustalenie przyczyn problemu oraz podjęcie działań zapewniających pacjentowi dostęp do terapii.

Warto podkreślić, że obecnie w planie finansowym NFZ na 2026 r. zabezpieczono rekordową kwotę na finansowanie świadczeń w programach lekowych, tj. 16,85 mld zł. Dla porównania w 2023 r. Fundusz wydał na ten cel ponad 9 mld zł. Zatem spodziewany w tym roku wzrost wydatków na programy lekowe wyniesie ponad 70% w porównaniu do roku 2023. W ubiegłym roku koszt wszystkich programów lekowych wyniósł blisko 16 mld zł.

Należy również wskazać, że zgodnie z treścią art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.), podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 i art. 132c. Zgodnie z treścią przepisu art. 136 ust. 1 pkt 5 tejże ustawy, umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy. Wobec powyższego zrealizowane w danym okresie sprawozdawczym świadczenia opieki zdrowotnej, finansowane są do poziomu określonego w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy zawartej dobrowolnie przez świadczeniodawcę.

Narodowy Fundusz Zdrowia na bieżąco monitoruje realizację umów zawartych ze świadczeniodawcami w zakresie programów lekowych, w szczególności poziom wykorzystania wartości umów, dynamikę realizacji świadczeń, wartość świadczeń wykonanych ponad kwotę zobowiązania wynikającą z umów, a także informacje dotyczące dostępności świadczeń i liczby pacjentów oczekujących na ich udzielenie.

Dane te są wykorzystywane przez oddziały wojewódzkie NFZ przy zarządzaniu środkami przeznaczonymi na finansowanie programów lekowych, w tym przy podejmowaniu decyzji dotyczących zmian wartości umów ze świadczeniodawcami oraz alokacji dodatkowych środków finansowych.

Jednocześnie prowadzone przez Fundusz monitorowanie nie ma charakteru odrębnego badania pozwalającego na jednoznaczne określenie zależności przyczynowej pomiędzy poziomem wartości umowy danego świadczeniodawcy lub terminem rozliczenia świadczeń wykonanych ponad kwotę zobowiązania a dostępem pacjentów do terapii, w tym czasem oczekiwania na rozpoczęcie leczenia.

Należy bowiem wskazać, że dostępność świadczeń realizowanych w ramach programów lekowych jest uwarunkowana szeregiem czynników. Oprócz poziomu finansowania obejmują one m.in. potencjał organizacyjny i kadrowy świadczeniodawcy, możliwości diagnostyczne, liczbę pacjentów spełniających kryteria kwalifikacji do programu, możliwość zapewnienia wymaganej diagnostyki i monitorowania leczenia oraz sposób organizacji udzielania świadczeń przez poszczególne podmioty.

Fundusz monitoruje jednak sytuacje, w których poziom realizacji świadczeń wskazuje na możliwość przekroczenia wartości umowy lub wystąpienie zwiększonego zapotrzebowania na świadczenia. W uzasadnionych przypadkach oddziały wojewódzkie NFZ podejmują działania zmierzające do dostosowania wartości umów do rzeczywistego poziomu realizacji świadczeń, z uwzględnieniem możliwości finansowych Funduszu.

Przykładem takich działań było zwiększenie w lipcu 2026 r. środków przeznaczonych na finansowanie leków stosowanych w programach lekowych i chemioterapii o 566,1 mln zł. Środki te zostały przekazane oddziałom wojewódzkim NFZ w celu sfinansowania świadczeń udzielonych pacjentom w I kwartale 2026 r. ponad wartość umów zawartych z Funduszem. NFZ wskazywał przy tym, że płatności za świadczenia mieszczące się w wartości zawartych umów były realizowane na bieżąco. Z ww. kwoty 566,15 mln zł na nadwykonania leków w programach lekowych przeznaczonych zostało 523,58 mln zł, a środki te zostały w całości przekazane świadczeniodawcom.

Działania te należy traktować jako element bieżącego zarządzania finansowaniem programów lekowych i reagowania na poziom ich faktycznej realizacji.

Jednocześnie NFZ posiada informacje wskazujące na występowanie zróżnicowania w dostępności do programów lekowych. Wychodząc naprzeciw tym obserwacjom, płatnik podejmuje działania mające na celu ograniczanie sytuacji, w których możliwości finansowe lub organizacyjne konkretnego świadczeniodawcy prowadzą do ograniczenia dostępu pacjenta do świadczeń.

Niezależnie od powyższego pragnę wskazać, że w bieżącym roku zostanie opublikowane opracowanie Polityka Lekowa Państwa 2027-2032, przedstawiające najważniejsze kierunki rozwoju polityki lekowej w Polsce.

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