



DLU.055.15.2026.MG
Warszawa, 23 lipca 2026

Szanowna Pani,

w odpowiedzi na petycję z dnia 26 kwietnia 2026 r. znak 578/26 w sprawie poprawienia lub udoskonalenia systemu prawnego odnośnie minimalizowania długich kolejek, późniejszego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, ciężkiego przebiegu choroby i rokowania oraz zadłużenia szpitali, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Na wstępie należy wskazać, że Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń. Natomiast 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. Powyższe wynika z treści art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.) dalej jako „ustawa o świadczeniach, zgodnie z którą wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym NFZ. Podmiot, zawierając umowę z NFZ, akceptuje jej warunki w całości, w tym w szczególności zasady finansowania oraz obowiązujące wyceny świadczeń.

Nadwykonania z grupy świadczeń tzw. nielimitowanych oddziały wojewódzkie NFZ finansują w pierwszej kolejności w trakcie każdego okresu rozliczeniowego w terminach i skali wynikającej z poziomu wolnych środków bieżącego planu finansowego, natomiast ostatecznie rozliczenie za każdy rok zawsze następuje w pełni. Możliwość zapłaty za świadczenia ponadlimitowe w limitowanych zakresach jest natomiast uzależniona od środków dostępnych w planie finansowym i odbywa się w wyniku działań podejmowanych przez oddziały wojewódzkie NFZ, polegających m.in. na tzw. bilansowaniu umów, czyli zestawianiu nadwykonań z danego okresu z niedowwykonaniami.

Ponadto informuję, że Narodowy Fundusz Zdrowia sukcesywnie podnosi ceny jednostek rozliczeniowych w poszczególnych rodzajach świadczeń. Systematycznie odbywa się także aktualizacja wycen świadczeń gwarantowanych na podstawie planu taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na dany rok, obejmując konkretne obszary świadczeń. W pracach analitycznych nad taryfikacją świadczeń gwarantowanych uwzględnia się wiele czynników m.in. wzrost kosztów pracy, w tym dane dotyczące wysokości wynagrodzeń poszczególnych grup zawodowych biorących udział w realizacji

wycenianego świadczenia, inflację i inne zmienne, które mogą wpływać na zmianę wyceny świadczeń opieki zdrowotnej.

Odnosząc się do zmian w rozliczaniu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) informuję, że zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 34/2026/DSOZ 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 zmiany w sposobie rozliczania części świadczeń z zakresu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych. Zmiany te polegają na finansowaniu świadczeń udzielonych osobom powyżej 18 roku życia ponad wartość zobowiązania określoną w umowie.

Należy zauważyć, że największy udział w świadczeniach nielimitowanych mają świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Na przestrzeni lat wartość wykonanych świadczeń w tym zakresie wzrosła kilkukrotnie więcej niż ich liczba.

Ostatecznie wdrożone zmiany w finansowaniu nadwykonań dla czterech świadczeń zaliczanych do ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych mają uwolnić ok. 625 mln zł, co w efekcie ma pozwolić na utrzymanie priorytetowego dostępu do świadczeń dla pacjentów onkologicznych z kartą DiLO, dzieci i innych pacjentów, którzy wymagają pilnej interwencji medycznej.

Wyjaśnienia wymaga również, 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 przychylono 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 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 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.

Jednocześnie biorąc pod uwagę aktualny stan finansów NFZ oraz fakt, iż Narodowy Fundusz Zdrowia co roku mierzy się z rosnącymi wydatkami m.in. na świadczenia nielimitowane, których skalę trudno jest precyzyjnie oszacować, planując budżet na dany rok, konieczne jest wdrożenie działań umożliwiających kontrolę wydatków publicznych i ograniczenie ryzyka niekontrolowanego wzrostu kosztów. Równocześnie prowadzone są analizy realizacji i finansowania świadczeń, po to, aby ocenić rezultat wprowadzonych

zmian. Osiągnięcie powyższego celu, jakim jest poprawa sytuacji finansowej w ochronie zdrowia, niewątpliwie wpłynie na poszerzenie możliwości finansowania świadczeń ponadlimitowych.

W odniesieniu do postulatu: „*wycena świadczeń jest ustalana indywidualnie dla danego świadczeniodawcy, ale nie w celu wzbogacenia, a pokrycia kosztów w całości*”, należy wskazać, że z uwagi na dużą liczbę świadczeniodawców oraz zróżnicowane i dynamicznie zmieniające się warunki realizacji świadczeń, nie jest możliwe ustalenie wyceny indywidualnie dla każdego podmiotu. Dotyczy to w szczególności takich czynników jak rotacja kadry medycznej, zmiany poziomu wynagrodzeń, różnice organizacyjne czy odmienne warunki infrastrukturalne. W konsekwencji wdrożenie systemu wycen zapewniającego pełne pokrycie kosztów każdego świadczeniodawcy nie jest możliwe w skali całego systemu ochrony zdrowia.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Maciej Karaszewski
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/

**Ogólna klauzula informacyjna
w przypadku podania danych przez osobę, której dane dotyczą**

Na podstawie art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, proszę o przyjęcie poniższych informacji:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Minister Zdrowia z siedzibą w Warszawie (00-952), przy ul. Miodowej 15. Z Administratorem można kontaktować się listownie lub elektronicznie za pomocą: e-mail (kancelaria@mz.gov.pl), e-Doręczeń (AE:PL-11185-96749-VHSCS-20) lub ePUAP (/8tk37sxx6h/SkrytkaESP).
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się poprzez e-mail: iod@mz.gov.pl, za pośrednictwem e-Doręczeń, platformy ePUAP lub listownie na adres siedziby. Z Inspektorem Ochrony Danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowanej władzy publicznej.
4. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane zgodnie z prawem, gdyż spełniony jest warunek legalności. Podstawą przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. e RODO w zw. z ustawą z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1370, z późn. zm.) oraz rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).
5. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione wyłącznie podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa lub podmiotom, którym Administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych na podstawie zawartej umowy.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemie Elektroniczne Zarządzanie Dokumentacją (EZD), ale nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do rozpatrzenia sprawy, nie krócej niż okres wynikający z przepisów o archiwizacji oraz zgodnie z obowiązującą w Ministerstwie Zdrowia instrukcją kancelaryjną.
9. Posiada Pani/Pan prawo: dostępu do treści swoich danych, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia, wniesienia sprzeciwu, cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. W przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy prawa, posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa).
11. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednakże jako wymóg ustawowy, jest warunkiem rozpatrzenia sprawy. Zobowiązanie to wynika z realizacji zadań publicznych dokonywanych przez Administratora.