ZWIĄZEK WOJEWÓDZTW
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Stanowisko
Komisji ds. Ochrony Zdrowia Związku Województw RP
z dnia 26 października 2026 roku

w sprawie rozliczania świadczeń przez NFZ

Komisja ds. Ochrony Zdrowia Związku Województw RP, po przedstawieniu na swym posiedzeniu w dniu 13.10.2026 r. analizy rozliczonych przez Oddziały Wojewódzkie NFZ świadczeń zdrowotnych zrealizowanych w 1.półroczu 2026 r. przez jednostki, dla których samorządy województw są organami tworzącymi, zwraca uwagę, iż widoczne w analizie różnice w podejściu do rozliczania świadczeń, szczególnie „nielimitowanych" w poszczególnych zakresach świadczeń, nie powinny mieć miejsca.

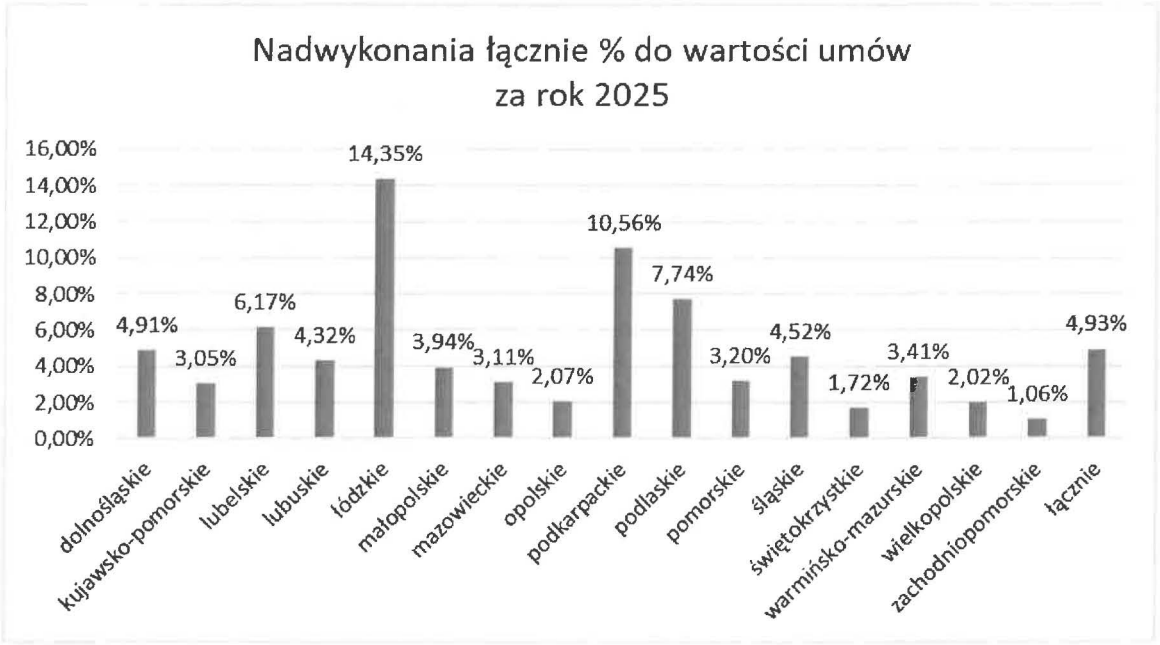
Stanowisko podobnej treści zostało przez Komisję podjęte w lipcu br. w kontekście regulowania zobowiązań przez NFZ, wynikających z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ponad ich plan rzeczowo-finansowy w 2025 roku.

Zebrane przez samorządy województw dane zawarte w tabeli nr 1, wg stanu na 30.06.2026 r. niepokoją podmioty tworzące dla jednostek wojewódzkich, gdyż skala niezapłaconych świadczeń „nielimitowanych" jest nadal duża i zróżnicowana w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ oraz w poszczególnych zakresach świadczeń.

Tabela 1. Łączne „nadwykonania" za 2 kwartały 2026 zrealizowane przez podmioty lecznicze samorządów województw

		„nadwykonania za 2 kwartały 2026r	Cały rok 2025 wg stanu na 31.03.2026r
1.	Łącznie nadwykonania	2.696.777.978,23 zł	2.243.828.685 zł
2.	Łącznie nadwykonania limitowane	1.557.322.863,85 zł	1.716.980.603 zł
3.	Łącznie nadwykonania nielimitowane	1.013.965.185,17 zł	448.572.658 zł
4.	Łącznie niedowykonania	512.031.026,78 zł	163.390.982 zł

Wykres 1. % „nadwykonań" do wartości umów z NFZ za rok 2025 podmiotów leczniczych samorządów województw wg stanu na 31.03.2026 r.



Wykres 2. % „nadwykonań" do wartości umów z NFZ za 2 kwartały 2026 podmiotów leczniczych samorządów województw wg stanu na 31.07.2026 r.

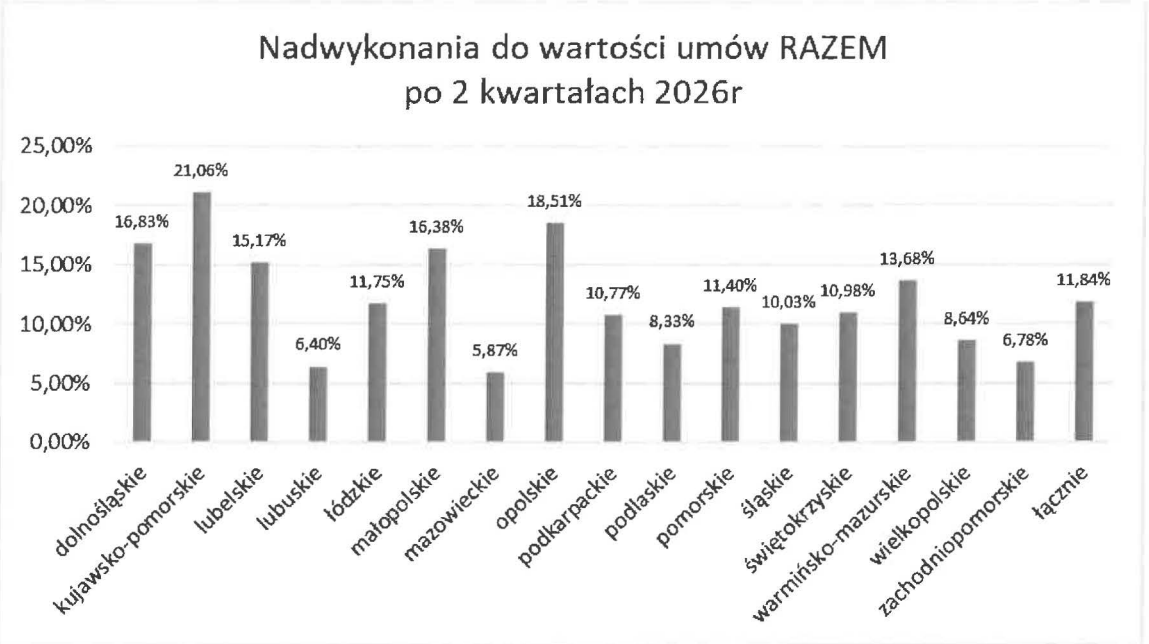


Tabela 2. „Nadwykonania" % do wartości umów wg zakresów świadczeń łącznie w województwach w roku 2025 wg stanu na 31.03.2026r

Zakres świadczeń	Nadwykonania % do wartości umów za rok 2025	Województwa z największymi przekroczeniami
Lecznictwo szpitalne PSZ	4,95%	łódzkie 16,69%; podkarpackie 11,57%; podlaskie 7,26%
Programy lekowe	6,52%	łódzkie 23,19%; podkarpackie 18,09%; dolnośląskie 13,45%
Chemioterapia	9,98%	podlaskie 28,73%; podkarpackie 19,64%; kujawsko-pomorskie 19,10%; łódzkie 15,82%
Psychiatria i leczenie uzależnień	3,20%	podkarpackie 7,34%; wielkopolskie 7,24%; łódzkie 6,53%; podlaskie 6,17%
Rehabilitacja lecznicza	7,04%	opolskie 22,07%; lubuskie 21,94%; podlaskie 13,82%; wielkopolskie 12,15%
Opieka długoterminowa	6,64%	lubuskie 67,25%; warmińsko-mazurskie 20,51%; lubelskie 16,81%

Tabela 3. „Nadwykonania" % do wartości umów wg zakresów świadczeń łącznie w województwach po 2 kwartałach 2026 wg stanu na 31.07.2026 r.

Zakres świadczeń	Nadwykonania % do wartości umów za 2 kwartały 2026r	Województwa z największymi przekroczeniami
Lecznictwo szpitalne PSZ	12,13%	Kujawsko-Pomorskie 24,75% Opolskie 20,31%
Programy lekowe SZP	23,84%	Małopolskie 61,93% Opolskie 56,04%
Programy lekowe poza SZP	35,49%	Małopolskie 190,85% Warmińsko-Mazurskie 80,40% Dolnośląskie 64,46%
Chemioterapia	15,64%	Małopolskie 64,77% Dolnośląskie 38,64%
Psychiatria i leczenie uzależnień	6,67%	Warmińsko-Mazurskie 30,39% Pomorskie 11,44% Wielkopolskie 9,83%
Rehabilitacja lecznicza	15,20%	Opolskie 42,39% Dolnośląskie 25,93% Lubelskie 22,02%
Opieka długoterminowa	10.79%	Lubuskie 38,87% Pomorskie 18,03%

Jednocześnie pragniemy zwrócić uwagę na problem dotyczący opłacania świadczeń limitowanych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. W praktyce świadczenia te są rozliczane i finansowane dopiero na końcowym etapie, wyłącznie w przypadku pozostania środków finansowych w budżecie NFZ. Taki sposób finansowania powoduje znaczną niepewność po stronie świadczeniodawców i utrudnia planowanie działalności oraz zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń. Zasadne wydaje się rozważenie zmiany obowiązujących zasad rozliczania i finansowania świadczeń limitowanych w tym obszarze, tak aby lepiej odpowiadały one rzeczywistym potrzebom pacjentów oraz zapewniały większą stabilność funkcjonowania podmiotów leczniczych. Obserwujemy od wielu lat, iż w zakresie świadczeń rehabilitacji medycznej występuje stale zjawisko niedoszacowania planowanych wydatków w tym obszarze, co leży w sprzeczności z potrzebami Pacjentów oraz zmieniającym się modelem opieki zdrowotnej. Problem ten dotyczy jednak nie tylko wysokości środków przeznaczanych na realizację świadczeń, lecz również niedostatecznej wyceny jednostkowej świadczeń rehabilitacyjnych, która nie uwzględnia w odpowiednim stopniu inflacji, systematycznego wzrostu kosztów prowadzenia działalności leczniczej oraz rosnących kosztów

wynagrodzeń personelu medycznego. Na szczególną uwagę zasługuje mechanizm finansowania skutków ustawowego wzrostu wynagrodzeń zastosowany w 2026 r. w związku z wdrożeniem Rekomendacji nr 84/2026 Prezesa AOTMiT. W części zakresów świadczeń, w tym fizjoterapii ambulatoryjnej, zamiast podwyższenia wartości jednostki rozliczeniowej zastosowano zwiększenie wolumenu zakontraktowanych świadczeń. W konsekwencji uzyskanie dodatkowych środków finansowych uzależniono od wykonania większej liczby świadczeń, podczas gdy obowiązek podwyższenia wynagrodzeń powstaje niezależnie od poziomu realizacji kontraktu. Ponadto wykonanie dodatkowych świadczeń wiąże się z koniecznością ponoszenia kolejnych kosztów, a możliwości zwiększenia ich liczby są ograniczone dostępnością personelu oraz uwarunkowaniami organizacyjnymi. W związku z powyższym zasadne jest zwrócenie uwagi na potrzebę urealnienia wyceny jednostkowej świadczeń rehabilitacyjnych oraz zapewnienia finansowania obligatoryjnego wzrostu wynagrodzeń w sposób niezależny od możliwości zwiększania liczby realizowanych świadczeń.

Kolejną kwestią wymagającą omówienia są zasady rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie chemioterapii i programów lekowych oraz ewentualna potrzeba ich zmiany. Świadczeniodawcy realizujący umowy w tych zakresach spotykają się obecnie z praktyką polegającą na tym, że NFZ płaci za sprawozdane leki i substancje czynne podawane świadczeniobiorcom, nie reguluje natomiast należności za związane z ich podaniem tzw. świadczenia podstawowe. Dotyczy to m.in. hospitalizacji jednego dnia związanej z podaniem leku z części A katalogu leków, kompleksowej porady ambulatoryjnej dotyczącej chemioterapii, hospitalizacji w trybie jednodniowym związanej z wykonaniem programu oraz hospitalizacji związanej z wykonaniem programu.

Należy podkreślić, że lek lub substancja czynna oraz związane z ich podaniem świadczenie podstawowe podlegają łącznemu rozliczeniu. Obowiązujące postanowienia umów zawartych z NFZ nie pozwalają świadczeniodawcom na wykazanie do rozliczenia wyłącznie leku lub substancji czynnej bądź wyłącznie świadczenia podstawowego. Opisany sposób rozliczania prowadzi do negatywnej weryfikacji świadczeń przez NFZ, a w konsekwencji — do braku płatności.

Zgodnie z art. 155 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do umów o udzielanie tych świadczeń w określonym zakresie stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego. Nie zmienia to jednak faktu, że pozycja stron przy kształtowaniu treści umowy jest nierówna. Ze względu na szczególny charakter tej umowy świadczeniodawca nie ma realnego wpływu na jej treść.

W praktyce świadczeniodawca nie może odmówić podpisania aneksu wprowadzającego niekorzystne zmiany w zasadach sprawozdawania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, ponieważ odmowa skutkuje rozwiązaniem umowy. Zmiany te obejmują m.in. wprowadzanie współczynników degresywnych oraz istotne modyfikacje wycen grup JGP w trakcie obowiązywania umowy lub trwania okresu rozliczeniowego.

Wielu dyrektorów publicznych podmiotów leczniczych podejmuje decyzje dotyczące zakupu sprzętu oraz rozbudowy i modernizacji komórek organizacyjnych na podstawie wycen świadczeń obowiązujących w momencie planowania inwestycji. Często jednak po jej zrealizowaniu NFZ, na podstawie rekomendacji AOTMiT, wprowadza zmiany wycen, wskutek których przedsięwzięcie okazuje się nieopłacalne.

Niejednolite rozliczanie świadczeń powoduje, że sytuacja finansowa podmiotów leczniczych zależy nie od jakości udzielanych świadczeń ani potrzeb zdrowotnych mieszkańców, lecz od praktyki przyjętej przez właściwy oddział wojewódzki NFZ. Takie zróżnicowanie narusza zasadę równego traktowania świadczeniodawców - art. 132c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i utrudnia racjonalne planowanie finansowe podmiotów leczniczych oraz samorządów województw.

Widoczne zróżnicowanie poziomu nadwykonań pomiędzy województwami może być związane nie tylko z odmienną praktyką oddziałów wojewódzkich NFZ w zakresie regulowania zobowiązań finansowych, ale również z uwarunkowaniami demograficznymi, epidemiologicznymi i społecznymi poszczególnych regionów, takimi jak struktura wieku mieszkańców, rozproszenie ludności, udział terenów wiejskich, dostępność świadczeń medycznych czy stan zdrowia populacji.

Powtarzające się wysokie poziomy nadwykonań w wybranych zakresach świadczeń mogą świadczyć o niedostosowaniu wartości umów do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych mieszkańców poszczególnych województw. Nie bez znaczenia są obserwowane różnice w dostępności do świadczeń zdrowotnych, na które pacjenci oczekują w miejscu zamieszkania lub w jego pobliżu.

Konkludując, należy zapewnić terminowe i pełne finansowanie świadczeń zdrowotnych zrealizowanych przez jednostki ochrony zdrowia, w szczególności w zakresie świadczeń limitowanych, w tym chemioterapii i programów lekowych, a także świadczeń nielimitowanych. Brak zapłaty za wykonane świadczenia oraz opóźnienia w rozliczeniach z NFZ powodują konieczność finansowania leczenia pacjentów ze środków własnych podmiotów leczniczych, co negatywnie wpływa na ich płynność finansową i możliwość zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń. Postuluje się wprowadzenie rozwiązań gwarantujących terminowe rozliczanie wszystkich świadczeń faktycznie zrealizowanych zgodnie z obowiązującymi zasadami.

Niezmiennie, oczekujemy:

1. **Zagwarantowania terminowego finansowania świadczeń nielimitowanych,** bez konieczności wielomiesięcznego oczekiwania na zapłatę za świadczenia wykonane zgodnie z obowiązującymi zasadami.
2. **Zapewnienia pełnego finansowania świadczeń realizowanych w ramach programów lekowych i chemioterapii**, obejmującego zarówno koszty produktów leczniczych, jak również związane z ich realizacją świadczenia medyczne, w tym hospitalizacje, podania leków oraz niezbędną diagnostykę i monitorowanie leczenia, w zakresie niesfinansowanym w ramach zawartych umów.
3. **Zniesienia limitów finansowania świadczeń onkologicznych i zagwarantowanie zapłaty 100% wykonania – zarówno w pakiecie DiLO, jak i poza pakietem onkologicznym.** Postulujemy wprowadzenie jednoznacznej zasady pełnego, nielimitowanego finansowania wszystkich prawidłowo wykonanych i sprawozdanych świadczeń związanych z diagnostyką oraz leczeniem chorób nowotworowych, niezależnie od tego, czy są realizowane w ramach pakietu DiLO, czy w zakresach diagnostyki i leczenia onkologicznego poza pakietem DiLO. Nie istnieje uzasadnienie medyczne ani organizacyjne dla różnicowania gwarancji finansowania świadczeń onkologicznych wyłącznie na podstawie sposobu ich zakwalifikowania do określonego zakresu rozliczeniowego.
4. **Wprowadzenia mechanizmu okresowej aktualizacji wartości umów z NFZ** w przypadku systematycznego przekraczania zakontraktowanych wartości świadczeń, wynikającego z rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjentów oraz wzrostu zapotrzebowania na określone rodzaje leczenia.
5. **Zapewnienia, aby zmiany zasad kwalifikacji i rozliczania świadczeń, w szczególności w systemie JGP, nie prowadziły do nieuzasadnionego obniżenia finansowania hospitalizacji**, których rzeczywisty zakres, stopień skomplikowania oraz koszty pozostają niezmienione.

Komisja po raz kolejny postuluje, aby przy planowaniu wartości kontraktów większy nacisk położono na analizę danych demograficznych, epidemiologicznych oraz dostępności świadczeń.

Komisja wyraża zaniepokojenie poziomem zawieranych umów, które nie gwarantują utrzymania oczekiwanej dostępności do świadczeń, a także stanowią zagrożenie dla dalszego funkcjonowania podmiotów leczniczych, dla których samorządy województw są organami tworzącymi.

Niniejsze stanowisko przekazuje się do Zarządu Związku Województw RP, do Ministra Zdrowia, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Premiera RP.

Roman Kolek

Przewodniczący Komisji
ds. Ochrony Zdrowia
Związku Województw
Rzeczypospolitej Polskiej