

Data: 18.05.2026 r.

Znak sprawy: NFZ-DWM-WLG-DZK.4711.11.2026
2026.254980.BSZ

Adresat: Pan
Andrzej Sokołowski
Prezes Zarządu
Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali
Prywatnych
Ul. Derdowskiego 7
81-360 Gdynia

Udzielenie odpowiedzi w sprawie propozycji dotyczącej aktualnie procedowanego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD285)

Szanowny Panie Prezesie,

W odpowiedzi na pismo z dnia 13 maja 2026 r. i przedstawionej wraz z nim propozycji zmian w ustawie o świadczeniach¹ dotyczących zasad zwrotu kosztów leczenia transgranicznego uprzejmie informuję, że za kształtowanie przepisów w tym zakresie odpowiada Ministerstwo Zdrowia. Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje uchwalone przepisy prawa – w odniesieniu do procedury zwrotu kosztów leczenia transgranicznego, o którym mowa w art. 42b ww. ustawy, procedując złożone wnioski o zwrot kosztów i wydając odpowiednie decyzje w sprawie zwrotu lub o odmowie zwrotu kosztów. Propozycje zmiany przepisów powinny być zatem skierowane przede wszystkim do Ministerstwa Zdrowia.

Dotychczasowa korespondencja z Ministerstwem Zdrowia

Niezależnie od powyższego informuję, że już w 2016 r., gdy zaobserwowana została tendencja do korzystania z opieki transgranicznej za pośrednictwem firm komercyjnych, Fundusz prowadził z Ministerstwem Zdrowia korespondencję dotyczącą możliwych do wprowadzenia zmian w tym zakresie w celu ograniczenia ww. zjawiska. Otrzymane wówczas odpowiedzi wskazywały, iż brak wymogu, by to świadczeniobiorca bezpośrednio poniósł koszty leczenia

oraz możliwość podania dowolnego rachunku bankowego, na który ma zostać przyznany zwrot zostały wprowadzone ze względu na sytuacje, gdy osobą ponoszącą koszt transgranicznej opieki zdrowotnej byłaby osoba bliska dla świadczeniobiorcy. Ministerstwo wskazywało też, że z punktu widzenia samego świadczeniobiorcy, u którego pojawiła się potrzeba skorzystania ze świadczeń zdrowotnych w innym państwie Unii Europejskiej, a nie byłby w stanie sam ponieść ich kosztów, nie ma w praktyce znaczenia, czy koszt świadczenia zostanie wstępnie pokryty przykładowo przez osobę bliską, czy przez podmiot działający w celach komercyjnych. Zarówno w jednym, jak i drugim przypadku zainteresowany korzysta z opieki transgranicznej, podczas gdy ciężar finansowy tego przedsięwzięcia przejmuje osoba trzecia. Na koniec wskazało, że wydaje się, że próba wyeliminowania takiego pośrednictwa o charakterze działalności zarobkowej mogłaby być oceniana negatywnie z punktu widzenia równości praw świadczeniobiorców, bowiem w takim przypadku w gorszej sytuacji znaleźliby się pacjenci nieposiadający odpowiednio zamożnych osób bliskich, gotowych wstępnie sfinansować im koszty transgranicznej opieki zdrowotnej.

Z uwagi na wniosek Pana Prezesa, Narodowy Fundusz Zdrowia ponownie wskaże Ministerstwu Zdrowia potrzebę przeanalizowania możliwości dokonywania płatności za świadczenia udzielane w ramach opieki transgranicznej przez osoby/podmioty inne niż świadczeniobiorcy oraz dokonywania zwrotu kosztów bezpośrednio pacjentowi. Na uwadze należy jednak mieć, że każda próba uszczelnienia przepisów może spotkać się z reakcją firm komercyjnych celem umożliwienia dalszego prowadzenia działalności w niezmienionej formie – przykładowo wystawianie rachunku na pacjenta z informacją o dokonaniu płatności gotówką czy wskazywanie we wnioskach jako sposobu przekazania zwrotu kosztów przekazu pocztowego. Brak jest ponadto możliwości prawnych wprowadzenia zakazu występowania z wnioskiem o zwrot kosztów przez osobę inną niż świadczeniobiorca z uwagi, iż procedura administracyjna, zgodnie z którą rozpatrywane są wnioski, dopuszcza reprezentowanie pacjenta przez pełnomocnika.

Stanowisko Komisji Europejskiej oraz porównanie z przepisami

W tym miejscu należy też wskazać, że Komisja Europejska zachęca państwa członkowskie do eliminowania barier, w tym finansowych, ograniczających możliwości skorzystania z opieki transgranicznej. Jedną z propozycji, która jest rozważana i konsultowana z państwami członkowskimi jest m.in. możliwość prowadzenia rozliczeń bezpośrednio ze świadczeniodawcą

udzielającym świadczeń. Polskie przepisy, pozwalające na zapłatę rachunku za świadczenie przez osoby inne niż sam pacjent, nie stoją zatem w sprzeczności z unijnymi przepisami. Co więcej – mimo że dopuszczają opłacenie świadczeń przez osoby trzecie, nie umożliwiają przykładowo zwrotu kosztów za nocleg, podróż czy tłumaczenie dokumentów, mimo że mechanizmy takie również są dopuszczone przez unijną dyrektywę², której implementację stanowi zwrot kosztów, o którym mowa w art. 42b ustawy o świadczeniach. Polskie przepisy nie służą zatem zachęcaniu do leczenia transgranicznego. W przypadku jednak pacjenta, który na takie leczenie się zdecyduje, nie wprowadzają dodatkowych ograniczeń, co jest istotne szczególnie w odniesieniu do osób mniej zamożnych, nieposiadających środków finansowych na wstępne sfinansowanie świadczeń.

W tym miejscu warto podkreślić, że w przypadku leczenia komercyjnego na terenie kraju również nie ma wymogu, by rachunek za leczenie był opłacony bezpośrednio przez pacjenta. Trudno byłoby zatem uzasadnić odmienne traktowanie świadczeniobiorców korzystających z opieki transgranicznej, w szczególności w sytuacji, gdy prowadziłyby to do ograniczenia dostępu do świadczeń osobom niemającym możliwości samodzielnego sfinansowania kosztów leczenia.

Koszty opieki transgranicznej

Na uwadze należy mieć również, że koszty opieki transgranicznej stanowią znikomą część kosztów krajowych wydatkowanych na leczenie. W 2025 r. Fundusz przyznał zwrot kosztów w łącznej wysokości około 46 mln zł przy ponad 200 mld zł wydanych na leczenie w kraju. Obecnie nie obserwujemy skokowego wzrostu wydatków w zakresie opieki transgranicznej, mimo że od początku obowiązywania przepisów znacząca część pacjentów korzysta z usług firm komercyjnych, a świadczenia usunięcia zaćmy w początkowym okresie obowiązywania przepisów były limitowane. Dla pacjentów w dalszym ciągu przeszkodą pozostaje obawa przed leczeniem w innym państwie, odległość do miejsca udzielania świadczeń czy bariera językowa. Przykładowo, w 2025 r. Fundusz dokonał wypłat z tytułu zwrotu kosztów w odniesieniu do 5% wniosków więcej niż w roku 2024. Ogółem w ramach leczenia transgranicznego w 2025 r. zwrot kosztów otrzymało niecałe 9 tys. osób, których łącznie dotyczyło ok. 14 tys. złożonych wniosków. W tym samym czasie kwota dokonanych wypłat zwiększyła się o około 13%. Na powyższe wpływ miał wzrost wyceny świadczeń na terenie kraju – podstawą zwrotu kosztów jest bowiem przeważnie średnia cena umów obowiązujących w rozliczeniach

Funduszu ze świadczeniodawcami. W 2025 r. średnia wysokość wypłaconego zwrotu kosztów świadczeń, w przeliczeniu na jeden złożony w Funduszu wniosek, wyniosła około 3 tys. zł. Przy czym nie wydaje się, że w przypadku zabiegów usunięcia zaćmy pacjenci korzystają głównie z zabiegów z soczewkami premium. Analizując kwoty rachunków przedstawionych do rozliczenia w ramach zwrotu kosztów można uznać, że już obecnie większa część udzielanych za granicą świadczeń to zabiegi podstawowe, ze standardową soczewką.

Wnioski

Podsumowując, Narodowy Fundusz Zdrowia obecnie nie dostrzega ryzyka skokowego wzrostu wydatków w ramach opieki transgranicznej. Są one stale monitorowane, szczególnie w kontekście proponowanego wprowadzenia limitów w finansowaniu świadczeń usunięcia zaćmy, które rzeczywiście są najczęściej udzielanymi świadczeniami w ramach ww. opieki. W ocenie Funduszu obecna skala wydatków nie wskazuje na istnienie zjawiska, które uzasadniałoby wprowadzanie daleko idących ograniczeń mogących wpływać na dostęp pacjentów do świadczeń. Jednakże Fundusz ponownie przeanalizuje możliwość ograniczenia zwrotu kosztów na rzecz firm komercyjnych. W tym celu uzyska informację od innych państw członkowskich o przepisach obowiązujących na ich terytorium. O wynikach analiz poinformuje Ministerstwo Zdrowia. Do Ministerstwa zostanie również przekazany wniosek Pana Prezesa z proponowanymi zmianami w ustawie o świadczeniach.

Podstawa prawna

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), zwana dalej „ustawą o świadczeniach”.
2. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 4.04.2011 r., str. 45 z późn. zm.).

Z poważaniem

Marek Augustyn

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu

Zdrowia

/Dokument podpisany elektronicznie/

Kontakt

Barbara Szymańska, tel. 22 574 99 70, e-mail Barbara.Szymanska@nfz.gov.pl.