



ASG.050.46.2026.MK
Warszawa, 09 marca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,
odpowiadając na interpelację (nr 15221) z 17 grudnia 2025 r., Pani Poseł Anity Kucharskiej-Dziedzic w sprawie realizacji świadczenia polegającego na usunięciu i założeniu wkładki antykoncepcyjnej w ramach NFZ, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

1. Czy Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia monitorują dostępność świadczenia polegającego na wymianie wkładki domacicznej w ramach NFZ? Jeśli tak, jakie są wyniki tych analiz?

Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawierana przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze świadczeniodawcą obejmuje udzielanie wszystkich świadczeń gwarantowanych w danym zakresie, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Świadczeniodawca podpisując przedmiotową umowę potwierdza, że zobowiązuje się do udzielania ww. świadczeń.

Założenie wkładki wewnątrzmacicznej jest świadczeniem gwarantowanym, jest finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i powinna je wykonywać każda poradnia ginekologiczna lub ginekologiczno-położnicza.

2. Ile placówek w Polsce realnie wykonuje wymianę wkładki domacicznej bez pobierania dodatkowych opłat od pacjentek? Czy NFZ posiada takie dane?

Lista świadczeniodawców rozliczających procedury związane z wprowadzeniem i usunięciem wkładki domacicznej w załączeniu.

3. Czy NFZ dopuszcza pobieranie przez placówki opłat za wkładkę domaciczną bez wystawienia pacjentce recepty umożliwiającej jej samodzielny zakup w aptece?

Świadczeniodawca może umożliwić zakup wkładki domacicznej bezpośrednio w podmiocie wykonującym zabieg, jednocześnie ma również obowiązek poinformować pacjentkę, że wkładkę może on także kupić w aptece.

4. Czy lekarz ma obowiązek poinformować pacjentkę o możliwości zakupu wkładki w aptece oraz o prawie do wykonania zabiegu w ramach NFZ? Jeśli tak, w jaki sposób obowiązek ten jest egzekwowany?

Porada obejmująca założenie wkładki antykoncepcyjnej lub leczniczej (procedury odpowiednio: „69.7 Wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej” lub „69.91 Wprowadzenie leczniczej wkładki do macicy” wyceniona jest na 115 pkt (ok. 216 zł). Ceny wkładek mieszczą się w przedziale od kilkudziesięciu do kilkuset zł i tak jak wiele innych środków antykoncepcyjnych nie podlegają refundacji. Procedury „97.71 Usunięcie

wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej” oraz „97.76 Usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki leczniczej” wycenione są na 41 pkt (ok. 77 zł).

Pacjentki, które spotykają się z odmową udzielenia świadczenia, mogą złożyć skargę do właściwego ze względu na miejsce realizacji świadczeń oddziału wojewódzkiego NFZ. Odmowa udzielenia omawianego świadczenia może to być podstawą do nałożenia na świadczeniodawcę kary, a w skrajnych przypadkach do rozwiązania umowy. Przy czym podkreślić należy, że świadczeniodawca ma prawo odmówić realizacji świadczenia, jeśli naraziłoby to pacjentkę na utratę życia lub pogorszenie stanu zdrowia – to znaczy, że dopuszczalna jest odmowa realizacji świadczenia w sytuacji, w której istnieją przeciwwskazania natury medycznej do wykonania zabiegu u tej konkretnej pacjentki (np. podejrzenie choroby nowotworowej, mięśniaki macicy).

5. Czy Ministerstwo planuje wprowadzenie mechanizmów nadzorczych lub informacyjnych, które zapewniłyby pacjentkom realny dostęp do świadczenia gwarantowanego, a nie jedynie deklaratywnego?

Zgodnie z art. 61a 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.) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia może przeprowadzić kontrolę realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie:

- 1) organizacji, sposobu i jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności;
- 2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami, a także z wymaganiami określonymi w tej umowie;
- 3) zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, stosowanych w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych;
- 4) przestrzegania zasad wystawiania recept;
- 5) posiadania uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby wykonujące zawody medyczne;
- 6) wykonywania obowiązków nałożonych na świadczeniodawcę związanych z realizacją tej umowy w zakresie innym niż określony w pkt 1-5.

Prezes Funduszu może również przeprowadzić kontrolę realizacji uprawnień i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów prawa podmiotów, którym ustawa przyznaje takie uprawnienia i obowiązki w zakresie:

- 1) zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, stosowanych w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych finansowanych ze środków publicznych;
- 2) przestrzegania zasad wystawiania recept refundowanych oraz zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne objęte refundacją.

Ponadto zgodnie z art. 61v wskazanej na wstępie ustawy Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia jest uprawniony do przeprowadzenia kontroli bez uprzedniego zawiadomienia, w przypadku gdy jest to:

- 1) uzasadnione bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia;
- 2) niezbędne dla przeciwdziałania popełnieniu przestępstwa lub wykroczenia, lub zabezpieczenia dowodów ich popełnienia;
- 3) niezbędne dla przeciwdziałania ograniczeniom dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w zakresie realizacji obowiązków, o których mowa w art. 20 wskazanej na wstępie ustawy .

Kontrolerzy wszczynają kontrolę na podstawie legitymacji służbowej. W takim przypadku okazanie upoważnienia do przeprowadzenia kontroli i doręczenie zawiadomienia o kontroli następuje w terminie do 3 dni roboczych od dnia wszczęcia kontroli lub w miarę możliwości w momencie wszczęcia kontroli.

Natomiast § 30 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2025 r. poz. 400) przewiduje w przypadku stwierdzenia pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorcy za świadczenia będące przedmiotem umów, karę umowną w wysokości do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za każde stwierdzone naruszenie.

Wskazać należy zatem, że mechanizm nadzorczy w kwestii pobierania nienależnych opłat istnieje i przewiduje sankcje dla świadczeniodawcy za takie postępowanie.

Dodatkowo wskazać należy, że zgodnie z art. 23 wskazanej na wstępie ustawy Narodowy Fundusz Zdrowia m.in.:

- informuje świadczeniobiorcę o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.
- publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując co najmniej raz w miesiącu, informację o:
 - liczbie świadczeniobiorców wpisanych do kategorii oczekujący przekazaną przez świadczeniodawcę;
 - średnim czasie oczekiwania w danym miesiącu, obliczonym na podstawie dokumentów rozliczeniowych za dany miesiąc;
 - możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
- udziela świadczeniobiorcom ww. informacji m.in. poprzez bezpłatną linię telefoniczną.

6. Czy Ministerstwo rozważa doprecyzowanie zasad finansowania lub organizacji świadczenia, tak aby wyeliminować niejasności i ograniczyć możliwość pobierania nieuzasadnionych opłat?

Obecnie funkcjonujący mechanizm finansowania świadczeń jak również możliwości kontroli świadczeniodawców, jest dostosowany do pozostałych rozwiązań obecnych w polskim systemie opieki zdrowotnej. Jednocześnie głównym źródłem informacji o ewentualnych nieprawidłowościach zarówno dla Narodowego Funduszu Zdrowia jak i Ministerstwa Zdrowia są poszkodowani świadczeniobiorcy. Niestety w przypadku pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców informacje mogą pochodzić jedynie od jednej ze stron (tj. pacjenta lub podmiotu leczniczego). Wprowadzenie instrumentów prawnych umożliwiających Narodowemu Funduszowi Zdrowia dostęp do historii konta bankowego podmiotów leczniczych czy też świadczeniobiorców, umożliwiłoby co prawda kontrolowanie podobnych nieprawidłowości, lecz stanowiłoby też, w opinii Ministerstwa Zdrowia, zbyt daleko idącą ingerencję płatnika w prywatne życie obywateli.

7. Czy pacjentka, która została obciążona kosztami świadczenia gwarantowanego, ma możliwość uzyskania zwrotu poniesionych kosztów? Jeśli tak, jaka jest procedura?

Pacjentka ma prawo, jak już wyjaśniono powyżej, zgłosić taką sytuację do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Ewentualny zwrot nienależnie wniesionych opłat (tzn. samej procedury nie zaś kosztu wkładki) pacjentka może domagać się od świadczeniodawcy.

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