



Minister
Zdrowia

ASG.050.146.2026.MK
Warszawa, 10 lipca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,
odpowiadając na interpelację (nr 17169) Pani Poseł Iwona Krawczyk w sprawie nadzoru nad organizacją i rozliczaniem diagnostyki obrazowej finansowanej ze środków publicznych, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

1. Jakie działania kontrolne zostały przeprowadzone przez Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2023–2026 w zakresie prawidłowości organizacji i rozliczania świadczeń w zakresie TK oraz MR oraz AOS ze szczególnym uwzględnieniem przypadków udzielenia świadczeń diagnostycznych na kilka odrębnych procedur rozliczeniowych i ilości przypadków wyznaczania wielokrotnych nieuzasadnionych medycznie wizyt w AOS przez lekarza?

Odpowiedź w zakresie właściwości Ministerstwa Zdrowia

Na wstępie uprzejmie informuję, że w odniesieniu do kwestii organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, jak i prawidłowości ich rozliczania należy wskazać, że zgodnie z treścią art. 61a ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹, kontrolę realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie m.in. organizacji, sposobu i jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności oraz udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami, a także z wymaganiami określonymi w tej umowie może przeprowadzić Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia². Procedura kontrolna sformalizowana w Dziale IIIA ww. ustawy pozwala Prezesowi NFZ na podejmowanie działań mających na celu monitorowanie sposobu działania świadczeniodawców oraz bieżącą ocenę czy umowy realizowane są należycie. Co istotne art. 61a ust. 4 ww. ustawy przewiduje, że kontrole planuje się i przeprowadza po analizie prawdopodobieństwa wystąpienia nieprawidłowości, w związku z czym podstawą typowania do kontroli mogą być dane sprawozdawcze, nietypowa struktura rozliczeń, znaczna liczba świadczeń u tych samych pacjentów, wielokrotne wizyty w krótkim czasie lub wpływające do organów skargi. Dodatkowo, warunki

¹ Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, dalej jako: „ustawa o świadczeniach”.

² Dalej jako: „NFZ”.

zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w AOS reguluje stosowne zarządzenie Prezesa NFZ².

Podkreślenia wymaga również fakt, że Minister Zdrowia nie jest organem rozliczającym pojedyncze świadczenia, ale sprawującym nadzór nad prawidłowością działania NFZ oraz świadczeniodawców w zakresie realizacji umów zawartych z NFZ, co wynika to z art. 162 i 163 ustawy o świadczeniach.

Art. 173 ust. 1 ustawy o świadczeniach reguluje zakres kontroli, które może przeprowadzić Minister Zdrowia. W związku z powyższym, na podstawie pkt 1 ww. przepisu, który stanowi, że Minister Zdrowia może przeprowadzić kontrolę działalności i stanu majątkowego Funduszu, w celu sprawdzenia, czy działalność Funduszu jest zgodna z prawem, statutem Funduszu lub z interesem świadczeniobiorców, przeprowadzono w 2023 r. kontrolę w Podkarpackim Oddziale Wojewódzkiego NFZ⁴ w zakresie prawidłowości przeprowadzenia postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w okresie od 1 stycznia 2020 r. do 30 czerwca 2023 r. Z kolei na podstawie pkt 2 ww. przepisu, który stanowi, że Minister Zdrowia może przeprowadzić kontrolę świadczeniodawców, w zakresie zgodności ich działalności z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub z interesem świadczeniobiorców, przeprowadzono w 2023 r. kontrole w Centrum Medycznym Medicus Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością³, w zakresie prawidłowości realizacji umowy nr 0903148902202303LG z dnia 19 czerwca 2023 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne), w zakresie badania tomografii komputerowej (TK) wraz z aneksami z dnia 3 lipca 2023 r. oraz 6 listopada 2023 r., zawartymi w wyniku przeprowadzonego postępowania nr 09-23-000314/AOS/02/3/02.7220.072.02/01, w tym pod względem zgodności stanu faktycznego z danymi przedstawionymi w ofercie złożonej w ramach ww. postępowania, w okresie od 1 marca 2023 r. do 31 stycznia 2024 r. oraz MRUKMED 3 Lekarz Beata Madej-Mruk i Partner Spółka partnerska⁴, w zakresie prawidłowości realizacji umowy nr 0903104502202303LG z dnia 19 czerwca 2023 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne), w zakresie badania tomografii komputerowej (TK) wraz z aneksami z dnia 3 lipca 2023 r. oraz 6 listopada 2023 r., zawartymi w wyniku przeprowadzonego postępowania nr 09-23-000314/AOS/02/3/02.7220.072.02/01 w okresie od 1 marca 2023 r. do 31 stycznia 2024 r.

Przedstawiony powyżej stan prawny obrazuje ograniczone możliwości podejmowania przez Ministra Zdrowia działań kontrolnych we wskazanym w pytaniu zakresie.

Dodatkowo, Minister Zdrowia przeprowadza kontrole realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej przyznawanych m. in. z Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, dalej jako: „KPO” w ramach działania *D.1.1.1 Rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej i innych podmiotów leczniczych oraz z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020* w ramach Priorytetu IX: Wzmocnienie strategicznej infrastruktury

² Zarządzenia Nr 57/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2023 r. oraz Zarządzenie Nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. ⁴ ul. Zamkowa 8, 35-032 Rzeszów

³ ul. hr. Alfreda Potockiego 182, 35-322 Rzeszów

⁴ ul. Partyzantów 30A, 35-242 Rzeszów

w ochronie zdrowia (POLiŚ), a także z *Programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko 2021-2027* w ramach Priorytetu VI: Zdrowie (FEnIKS).

Działania współfinansowane ze środków Unii Europejskiej, w ramach ww. programów są ukierunkowane m. in. na doposażenie jednostek funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia poprzez zakupy infrastrukturalne, zakup sprzętu i aparatury medycznej, w tym tomografy komputerowe, rezonanse magnetyczne, stacjonarne aparaty RTG, angiografy, aparaty USG.

Zakupy sprzętu diagnostycznego ze środków pochodzących z KPO, podlegały weryfikacji już na etapie oceny wniosków, która była dokonywana przez departament wdrażający KPO, tj. m. in. Departament Oceny Inwestycji Ministerstwa Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia jako instytucja odpowiedzialna za wdrażanie komponentu zdrowotnego KPO oceniała wnioski szpitali pod kątem spełnienia kryteriów formalnych i merytorycznych, w tym m. in. posiadanie tożsamej z zakresem przedsięwzięcia opinii o celowości inwestycji.

Działania kontrolne Ministra Zdrowia w zakresie projektów finansowanych z ww. środków pozwalają na potwierdzenie fizycznego istnienia infrastruktury/środków trwałych zgodnie z dokumentacją projektu, potwierdzenie ich odebrania i/lub dopuszczenia do użytkowania w zakresie zgodnym z umową oraz który nie był przedmiotem wcześniejszych kontroli, wystąpienia ryzyka niezachowania trwałości, w przypadku zmian własności infrastruktury wytworzonej w ramach projektu bądź zarządzania tą infrastrukturą, potwierdzenie posiadania odpowiedniej dokumentacji, w tym technicznej.

W przypadku kontroli urządzeń do wytwarzania promieniowania rentgenowskiego, takich jak aparat RTG czy tomograf komputerowy, kontrole pozwalają na zweryfikowanie wydania decyzji właściwego terenowo Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego dotyczącej zezwolenia na uruchomienie, czy zgodności wykorzystania z warunkami konkursu.

Odpowiedź w zakresie Narodowego Funduszu Zdrowia

W latach 2023–2026 Narodowy Fundusz Zdrowia prowadził działania mające na celu weryfikację prawidłowości realizacji, sprawozdawania i rozliczania świadczeń z zakresu diagnostyki obrazowej, obejmujące kontrole koordynowane oraz czynności sprawdzające. Działania te koncentrowały się przede wszystkim na ocenie prawidłowości udzielania świadczeń z zakresu rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej, w szczególności pod kątem prawidłowości organizacji procesu diagnostycznego, sposobu sprawozdawania świadczeń oraz autentyczności danych przekazywanych do Narodowego Funduszu Zdrowia.

W ramach Planu kontroli NFZ na 2024 r. przeprowadzono kontrolę koordynowaną pn. „Realizacja i rozliczanie/sprawozdawanie badań rezonansu magnetycznego”. Głównym celem kontroli była ocena prawidłowości realizacji, rozliczania oraz sprawozdawania badań rezonansu magnetycznego wykonywanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Analizę podjęto w związku z zaobserwowanym w sprawozdawczości zjawiskiem wykazywania do Narodowego Funduszu Zdrowia badań rezonansu magnetycznego wykonywanych u tego samego świadczeniobiorcy w krótkich odstępach czasu, ze wskazaniem pojedynczych odcinków kręgosłupa lub pojedynczych okolic anatomicznych, zamiast jednorazowego badania obejmującego dwa lub trzy odcinki kręgosłupa albo okolice anatomiczne. Jak wskazano w materiale kontrolnym, zjawisko to mogło prowadzić do nieuzasadnionego zawyżenia kosztów finansowania badań rezonansu magnetycznego przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Do kontroli wytypowano 11 735 badań rezonansu magnetycznego o łącznej wartości 4 893 257,97 zł, wykazanych do Narodowego Funduszu Zdrowia dla 5 681 świadczeniobiorców. Kontrolą objęto 26 podmiotów, w tym 21 podmiotów niepublicznych, realizujących umowy z Funduszem na terenie 13 województw. Dobór

podmiotów do kontroli opierał się na założeniach analitycznych obejmujących przypadki wykonywania badań rezonansu magnetycznego u tego samego świadczeniobiorcy w odstępie krótszym niż 15 dni pomiędzy kolejnymi badaniami oraz spełniających określone kryteria dotyczące liczby i udziału takich badań w ogólnej liczbie świadczeń.

Zakres kontroli obejmował ocenę prawidłowości organizacji udzielania świadczeń, zasadności wykonywania kilku badań zamiast jednego badania obejmującego kilka odcinków kręgosłupa lub okolic anatomicznych, zgodności danych przekazywanych do Narodowego Funduszu Zdrowia z dokumentacją medyczną, prawidłowości rozliczenia świadczeń oraz czasu sporządzenia opisów badań obrazowych. W ramach postępowań kontrolnych analizowano również przyczyny wystawiania kilku skierowań podczas jednej wizyty lekarskiej, wykorzystując informacje uzyskane od podmiotów wystawiających skierowania, świadczeniobiorców oraz kontrolowanych świadczeniodawców. Z ustaleń wynikało m.in., że pracownice rezonansu magnetycznego wymagały od świadczeniobiorców skierowań na pojedyncze badania, odsyłały pacjentów do podmiotów kierujących w celu uzyskania kilku skierowań, a pomimo zgłaszania przez pacjentów posiadania dwóch skierowań i wnioskowania o wyznaczenie jednego terminu badania, odmawiały wykonania badania podczas jednej wizyty.

Kontrola wykazała również istotne różnice w czasie sporządzania opisów badań rezonansu magnetycznego. Najdłuższy ustalony czas oczekiwania na sporządzenie opisu wyniósł 850 dni.

Opis sporządzono w dniu wykonania badania w przypadku 1 097 badań (9,35%), w terminie od 1 do 7 dni w przypadku 4 038 badań (34,41%), od 8 do 14 dni w przypadku 1 814 badań (15,46%), od 15 do 61 dni w przypadku 1 950 badań (16,62%), natomiast powyżej 61 dni w przypadku 30 badań (0,26%). Jednocześnie dla 2 806 badań, stanowiących 23,91% świadczeń objętych kontrolą, nie było możliwości ustalenia czasu sporządzenia opisu z uwagi na brak daty albo wpisanie daty wcześniejszej niż data wykonania badania.

Z inicjatywy NFZ, między innymi w związku z ustaleniami kontroli, od dnia 1 stycznia 2025 r. świadczeniodawcy zostali zobowiązani do przekazywania w raportach statystycznych informacji o dacie sporządzenia opisu wyników badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Dane te stanowią obligatoryjny element sprawozdawczości i warunkują możliwość wykazania świadczenia do rozliczenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Następnie w 2026 r. Departament Kontroli przeprowadził czynności sprawdzające, których celem była weryfikacja poprawności i zgodności danych przekazywanych w raportach statystycznych dotyczących dat sporządzenia opisów badań TK i RM za okres od 1 lipca do 31 grudnia 2025 r. Do czynności wytypowano 20 podmiotów obejmujących 29 pracowni TK i RM na terenie 12 oddziałów wojewódzkich NFZ, a analizą objęto 4 457 badań.

2. Ile przypadków nieprawidłowości dotyczących diagnostyki obrazowej i AOS wykryto w tym okresie, jaka była ich łączna wartość finansowa oraz wobec ilu podmiotów zastosowano działania pokontrolne, sankcje finansowe lub obowiązek zwrotu środków publicznych?

Kontrola koordynowana przeprowadzona w ramach Planu kontroli NFZ na 2024 r. wykazała nieprawidłowości dotyczące 8 795 spośród 11 735 świadczeń objętych kontrolą, co stanowiło 74,95% wszystkich skontrolowanych świadczeń.

Najistotniejsze nieprawidłowości dotyczyły organizacji udzielania świadczeń.

Stwierdzono przypadki niezrealizowania podczas jednego dnia badań rezonansu magnetycznego obejmujących dwa lub trzy odcinki/okolice albo dwie lub trzy okolice anatomiczne, pomimo że skierowania zostały wystawione tego samego dnia lub w niewielkim odstępie czasu, a świadczeniodawca dysponował możliwością wykonania jednego badania obejmującego wszystkie wskazane okolice. W materiałach kontrolnych wskazano przykładowo przypadki zlecenia badania jamy brzusznej na jednym skierowaniu i układu moczowego na drugim oraz rozliczenia dwukrotnie badania tej samej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym jako dwóch odrębnych

świadczeń. Przy ocenie uwzględniano udokumentowane przeciwwskazania medyczne do wykonania badania łącznego.

Nieprawidłowości tego rodzaju dotyczyły 8 247 świadczeń.

Ujawniono również przypadki nieprawidłowego rozliczenia świadczeń, obejmujące m.in. wykonanie badania bez środka kontrastowego i rozliczenie go jako badania ze wzmocnieniem kontrastowym, wykonanie badania rezonansu magnetycznego głowy i rozliczenie innej okolicy anatomicznej, a także udzielanie świadczeń bez wymaganego skierowania.

Łączne skutki finansowe kontroli wyniosły 1 172 795,45 zł, w tym 308 430,14 zł z tytułu nienależnie przekazanych środków finansowych oraz 864 365,31 zł z tytułu nałożonych kar umownych. W odniesieniu do nieprawidłowej organizacji udzielania świadczeń wysokość nałożonej kary umownej wyniosła 843 197,32 zł.

Ponadto w wyniku czynności sprawdzających prowadzonych w 2026 r., zakończonych w 19 z 20 podmiotów, stwierdzono, że w 15 podmiotach (22 pracownikach TK i RM) daty sporządzenia opisów badań przekazane w raportach statystycznych były niezgodne z datami faktycznymi w przypadku 2 334 badań, co stanowiło od 5% do 100% wszystkich zweryfikowanych badań (średnio 66%). Skutkiem ustaleń było określenie kwoty 16 304,11 zł nienależnie przekazanych środków finansowych oraz nałożenie kar umownych w wysokości 317 796,12 zł. W trzech podmiotach nie stwierdzono nieprawidłowości, natomiast w jednym podmiocie, z uwagi na skalę nieprawidłowości, czynności sprawdzające zostaną przekształcone w kontrolę.

W następstwie przeprowadzonych działań kontrolnych Departament Kontroli sformułował również rekomendacje przekazane do Centrum e-Zdrowie obejmujące m.in. wprowadzenie obowiązku przekazywania kopii opisu badania do Internetowego Konta Pacjenta, dookreślenie zarządzeniu AOS [1] pojęcia „wynik badania” w odniesieniu do badań obrazowych jako obejmującego zarówno zapis obrazowy, jak i opis sporządzony przez lekarza, wykonywany najczęściej w terminie późniejszym.

3. Czy Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi analizy pozwalające identyfikować placówki, w których występuje ponadprzeciętna liczba wizyt w AOS i badań TK i MR wykonywanych u tych samych pacjentów w krótkich odstępach czasu, a także przypadki wielokrotnego kierowania pacjentów na kolejne etapy diagnostyki dotyczące tego samego problemu zdrowotnego?

Podkreślić należy, że Narodowy Fundusz Zdrowia posiada jedynie dane rozliczeniowe, stąd też takie analizy mogą mieć jedynie funkcję pomocniczą w wytypowaniu podmiotów do ewentualnej kontroli. Jedynie analiza dokumentacji medycznej pozwala bowiem na stwierdzenie czy przeprowadzona u danego pacjenta diagnostyka nie była uzasadniona. Przykładowo pacjenci leczeni chemioterapią, w ramach programów lekowych, czy też po różnego rodzaju zabiegach operacyjnych mogą mieć często powtarzane badania obrazowe, co wynika ze wskazań aktualnej wiedzy medycznej.

4. Jakie mechanizmy nadzorcze i antykorupcyjne obowiązują obecnie w sytuacji, gdy pracownicy publicznych podmiotów leczniczych są jednocześnie udziałowcami, członkami organów, współnikami lub beneficjentami podmiotów realizujących świadczenia diagnostyczne finansowane przez NFZ na rzecz tych samych placówek?

Zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵ odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi jego kierownik, który zarazem – zgodnie z art. 47 ww. ustawy – nie może

⁵ Dz. U. z 2026 r. poz. 156

podejmować innego zatrudnienia bez wyrażonej w formie pisemnej zgody podmiotu tworzącego.

Ponadto, zgodnie z art. 121 ww. ustawy nadzór nad zgodnością działań podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym oraz nad jego funkcjonowaniem pod względem celowości, gospodarności i rzetelności, sprawuje podmiot tworzący. W ramach ww. nadzoru podmiot tworzący może żądać informacji, wyjaśnień oraz dokumentów od organów podmiotu leczniczego oraz dokonywać jego kontroli i oceny działalności.

Przywołane powyżej kontrola i ocena, obejmują w szczególności:

- 1) realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 2) prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi;
- 3) gospodarkę finansową.

Podmiot tworzący w razie stwierdzenia niezgodnych z prawem działań kierownika wstrzymuje ich wykonanie oraz zobowiązuje kierownika do ich zmiany lub cofnięcia. W przypadku niedokonania zmiany lub cofnięcia tych działań w wyznaczonym terminie podmiot tworzący może rozwiązać z kierownikiem stosunek pracy albo umowę cywilnoprawną.

Dodatkowo zasadnym wydaje się być zwrócenie uwagi na znaczenie kwestii zawierania z pracownikami umów o zakazie konkurencji, które to umowy powinny zabezpieczać interesy pracodawcy. Zgodnie z dyspozycją art. 101¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy⁶, w zakresie określonym w odrębnej umowie, pracownik nie może prowadzić działalności konkurencyjnej wobec pracodawcy ani też świadczyć pracy w ramach stosunku pracy lub na innej podstawie na rzecz podmiotu prowadzącego taką działalność, przy czym pracodawca, który poniósł szkodę wskutek naruszenia przez pracownika zakazu konkurencji przewidzianego w umowie, może dochodzić od pracownika wyrównania tej szkody.

Jednocześnie, zgodnie z art. 132 ustawy o świadczeniach nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Następnie, należy zwrócić uwagę na rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2026 r. poz. 712, z późn. zm.), które w § 6 stanowi, iż osoby wykonujące zawody medyczne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń nie mogą jednocześnie udzielać świadczeń w:

- 1) innym podmiocie wykonującym działalność leczniczą lub
- 2) innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego lub
- 3) innym podmiocie realizującym czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne lub
- 4) innej aptece, w której jest realizowana umowa, - jeżeli umowa nie stanowi inaczej.

Naruszenie powyższych przepisów daje Prezesowi NFZ lub Dyrektorowi Oddziału Wojewódzkiego NFZ możliwość rozwiązania umowy w części albo w całości, bez zachowania okresu wypowiedzenia (§ 36 ww. rozporządzenia).

⁶ Dz. U. z 2025 r. poz. 277, z późn. zm., dalej jako: „Kodeks pracy”.

Niezależnie od powyższego, należy zwrócić uwagę na kwestię przejrzystości zamówień publicznych udzielanych przez publiczne podmioty lecznicze. Stosownie do postanowień art. 56 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych⁷, kierownik zamawiającego, członek komisji przetargowej oraz inne osoby wykonujące czynności związane z przeprowadzeniem postępowania o udzielenie zamówienia po stronie zamawiającego lub osoby mogące wpłynąć na wynik tego postępowania lub osoby udzielające zamówienia podlegają wyłączeniu z dokonywania tych czynności, jeżeli po ich stronie występuje konflikt interesów. Wskazane powyżej osoby składają (pod rygorem odpowiedzialności karnej) pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczenie w formie pisemnej o istnieniu albo braku istnienia okoliczności skutkującej wyłączeniem, zaś czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia podjęte przez osobę podlegającą wyłączeniu, powtarza się, z wyjątkiem otwarcia ofert oraz innych czynności faktycznych niewpływających na wynik postępowania.

Ponadto, w odniesieniu do lekarzy, którzy są pracownikami publicznych podmiotów leczniczych warto zwrócić uwagę na Kodeks Etyki Lekarskiej stanowiący załącznik do uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r., zgodnie z art. 2 którego najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady. Podkreślenia wymaga także rola samorządu lekarskiego, który czuwa nad przestrzeganiem zasad etyki oraz zachowaniem godności zawodu przez jego wszystkich członków. Z kolei zgodnie z art. 15 Kodeksu Etyki Lekarskiej, lekarzowi nie wolno wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy. Jednocześnie art. 23 Kodeksu Etyki Lekarskiej stanowi, iż w przypadkach wymagających diagnostyki, terapii lub działań zapobiegawczych, które nie mogą być zastosowane równocześnie u wszystkich oczekujących pacjentów, lekarz powinien ustalić kolejność udzielania świadczeń na podstawie kryteriów medycznych.

Co więcej, regulacja natury etycznej została przyjęta również przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych – Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej (<https://nipip.pl/prawo/samorzadowe/krajowy-zjazdpielengniarek-i-poloznich/kodeks-etyki-zawodowej-pielegniarki-i-poloznejrzeczypospolitej-polskiej/>).

5. Czy Ministerstwo Zdrowia posiada dane dotyczące skali outsourcingu świadczeń w AOS i diagnostyki obrazowej przez publiczne szpitale do podmiotów zewnętrznych oraz udziału takich świadczeń w całkowitych kosztach diagnostyki finansowanej ze środków publicznych?

Przedmiotowe dane nie są gromadzone przez Ministerstwo Zdrowia. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, przygotowując taryfę poszczególnych świadczeń gwarantowanych gromadzi dane finansowo-księgowe od świadczeniodawców oraz koszt wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych. Raport w zakresie ustalenia taryfy świadczeń gwarantowanych obejmujących badania tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego został opublikowany 22 września 2025r. (link do miejsca publikacji raportów taryfikacyjnych:

<https://bip.aotm.gov.pl/component/content/?view=article&layout=edit&id=5323:raporty-taryfikacyjne-all&Itemid=9008&catid=2>.

Ponadto podmioty lecznicze realizujące umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są zobowiązani do zgłoszenia do Narodowego Funduszu Zdrowia również podwykonawców (wykaz podwykonawców stanowi załącznik do umowy).

⁷ Dz. U. z 2026 r. poz. 793

6. Czy prowadzone są analizy dotyczące wpływu obecnego modelu organizacji świadczeń w AOS i diagnostyki obrazowej na długość procesu leczenia pacjentów, efektywność wykorzystania środków publicznych oraz poziom dostępności świadczeń diagnostycznych?

W Narodowym Funduszu Zdrowia były przeprowadzane analizy wpływu obecnego modelu finansowania na dostępność badań diagnostycznych, w szczególności analizy dotyczyły świadczeń związanych z badaniami tomografii komputerowej i badaniami rezonansem magnetycznym.

W realizacji tych świadczeń obserwujemy trend polegający na wzroście wartości świadczeń niewspółmiernym do wzrostu liczby zrealizowanych świadczeń i wzrostu liczby pacjentów, u których wykonano diagnostykę. Dane tym zakresie przedstawione są w poniższych tabelach.

Tabela 1. Podstawowe dane statystyczne dotyczące realizacji badań tomografii komputerowej

Rok	Wartość świadczeń		Liczba świadczeń nominalnie		Liczba pacjentów	
	nominalnie (w mln zł)	w stosunku do roku 2021	nominalnie (w tys.)	w stosunku do roku 2021	nominalnie (w tys.)	w stosunku do roku 2021
2021	526	100%	1 539	100%	1 288	100%
2022	691	131%	1 652	107%	1 388	108%
2023	912	173%	1 813	118%	1 517	118%
2024	1 038	197%	1 953	127%	1 629	126%
2025	1 159	220%	2 075	135%	1 726	134%

Tabela 2. Podstawowe dane statystyczne dotyczące realizacji badań rezonansu magnetycznego

Rok	Wartość świadczeń		Liczba świadczeń nominalnie		Liczba pacjentów	
	nominalnie (w mln zł)	w stosunku do roku 2021	nominalnie (w tys.)	w stosunku do roku 2021	nominalnie (w tys.)	w stosunku do roku 2021
2021	779	100%	1 649	100%	1 408	100%
2022	1 090	140%	1 902	115%	1 619	115%
2023	1 489	191%	2 207	134%	1 863	132%
2024	1 763	226%	2 478	150%	2 080	148%
2025	2 050	263%	2 757	167%	2 304	164%

Przeprowadzono również analizę mającą na celu wskazanie liczby pacjentów, u których wykonano w danym roku określoną liczbę badań danego typ. Wyniki analiz w postaci rozkładu liczby pacjentów w zależności od liczby zrealizowanych badań przedstawiono w kolejnych tabelach.

Jako badanie dodatkowe określono każde kolejne badanie (poza pierwszym) wykonane w danym roku u pacjentów, u których sprawozdano przynajmniej 3 badania rocznie. Wskazano również jakim odsetkiem badań zrealizowany w danym roku są badania dodatkowe.

Tabela 5. Liczba pacjentów, którym w danym roku zrealizowano daną liczbę badań tomografii komputerowej

Rok	Liczba wykonanych świadczeń ASDK w ciągu roku						Suma dodatkowych badań	Odsetek dodatkowych badań
	1	2	3	4	5	6+		
2019	1 058 157	128 326	23 055	6 134	1 376	504	72 773	5,13%
2020	854 295	108 053	21 602	6 303	1 476	407	70 216	6,00%
2021	1 090 120	158 454	29 746	7 890	1 628	408	91 898	5,97%
2022	1 179 316	167 256	31 102	8 326	1 738	480	96 784	5,86%
2023	1 282 712	186 417	35 741	9 468	1 840	528	110 118	6,07%
2024	1 373 720	203 759	38 771	10 418	2 097	572	120 282	6,16%
2025	1 450 704	218 602	42 239	11 429	2 275	566	130 968	6,31%

Tabela 6. Liczba pacjentów, którym w danym roku zrealizowano daną liczbę badań rezonansu magnetycznego

Rok	Liczba wykonanych świadczeń ASDK w ciągu roku						Suma dodatkowych badań	Odsetek dodatkowych badań
	1	2	3	4	5	6+		
2019	1 040 556	113 427	14 418	2 261	365	129	37 790	2,86%
2020	1 006 295	118 999	16 376	2 973	531	198	44 905	3,43%
2021	1 207 381	167 966	26 535	4 779	915	354	73 021	4,43%
2022	1 384 181	197 336	30 795	5 620	1 137	421	85 355	4,49%
2023	1 577 568	237 803	38 315	6 995	1 448	537	106 366	4,82%
2024	1 752 435	271 027	45 420	8 521	1 709	633	126 739	5,12%
2025	1 932 912	305 023	52 851	9 953	2 071	781	148 195	5,38%

Powyższe wyniki wskazują, że w analizowanym okresie systematycznie rośnie nie tylko liczba pacjentów (w ujęciu nominalnym), którym badania wykonuje się kilkakrotnie, ale przede wszystkim, że systematycznie zwiększa się udział badań powtórnych w ogólnej liczbie badań. Powyższe zjawisko potwierdzają również wyniki kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia, która ujawniła m.in. występowanie placówek, które pacjentom wymagającym np. badania rezonansem magnetycznym lub tomografem komputerowym kilku odcinków kręgosłupa, wykonują je kilkakrotnie, w bliskich terminach, oczekując jednocześnie od pacjentów odrębnych skierowań. Tę nieprawidłowość stwierdzono w ponad 8,2 tys. badań rezonansu magnetycznego spośród 12 tys. kontrolowanych. W trakcie kontroli ustalono również, że o samo rozdzielanie skierowań wnosiły pracownice wykonujące te badania.

7. Czy Ministerstwo Zdrowia planuje wprowadzenie obowiązku ujawniania powiązań personalnych i kapitałowych pomiędzy publicznymi podmiotami leczniczymi a podmiotami zewnętrznymi realizującymi świadczenia finansowane przez NFZ, w szczególności w obszarze diagnostyki obrazowej?

Podmioty lecznicze realizujące umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są zobowiązane do zgłoszenia do Narodowego Funduszu Zdrowia listę personelu, jak i podwykonawców (wykaz podwykonawców stanowi załącznik do umowy). W związku z powyższym informację tę posiada NFZ, mogą być następnie udostępniane np. w drodze interwencji poselskich czy też zapytań o dostęp do informacji publicznej. Zatem przedmiotowy obowiązek już istnieje.

Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą jest publicznie dostępny pod linkiem: <https://rpwdl2.ezdrowie.gov.pl/>.

8. Czy rozważane jest stworzenie centralnego systemu analitycznego umożliwiającego automatyczne wykrywanie nieprawidłowości w zakresie rozliczania badań diagnostycznych, w tym przypadków sztucznego dzielenia świadczeń, powtarzalności badań oraz nietypowych wzrostów liczby procedur w poszczególnych placówkach?

Istnieje wiele mechanizmów automatycznej walidacji uniemożliwiających rozliczenie świadczeń, jeśli np. pacjent w tym samym czasie jest wykazany przez dwóch świadczeniodawców. Jednocześnie jednak nie jest możliwe wprowadzenie podobnego mechanizmu w zakresie liczby wykonywanych badań obrazowych, gdyż niektórzy pacjenci muszą mieć ze wskazań medycznych powtarzane badania.

Ponadto podkreślić należy, że wystawienie skierowania na badania z wykorzystaniem promieniowania rentgenowskiego, jest obwarowane również m.in. przepisami ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz.U. z 2026 r. poz. 1). Zgodnie, z którymi przeprowadzenie ekspozycji medycznej wymaga uzasadnienia. Uzasadnienie to wskazuje przewagę spodziewanych korzyści diagnostycznych lub leczniczych, w tym bezpośrednich korzyści zdrowotnych dla osoby poddanej ekspozycji medycznej oraz korzyści dla społeczeństwa, nad uszczerbkiem na zdrowiu, który ekspozycja medyczna może spowodować u osoby poddanej takiej ekspozycji lub u jej potomstwa. W uzasadnieniu, bierze się pod uwagę korzyści i rodzaje ryzyka związane ze stosowaniem alternatywnych metod służących temu samemu celowi, prowadzących do mniejszego narażenia w wyniku ekspozycji medycznej lub nienarażających na działanie promieniowania jonizującego. Wystawienie bez potrzeby skierowania na badanie z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, a tym samym narażenie pacjenta bez uzasadnienia na promieniowanie, może być przedmiotem postępowania prowadzonego przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej działającego przy okręgowej izbie lekarskiej.

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