



Minister
Zdrowia

DLF.050.63.2026.KK
Warszawa, 20 lipca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,
w związku z interpelacją nr 18135 Pana Bartłomieja Dorywalskiego, Pośta na Sejm RP, z dnia 2 lipca 2026 r. *w sprawie finansowania nadwykonań oraz pogarszającej się dostępności świadczeń diagnostycznych w Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II we Włoszczowie*, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Na wstępie należy wskazać, że zgodnie z art. 9 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych NFZ należy do jednostek sektora finansów publicznych, w związku z czym wartość finansowanych w danym roku przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej zdeterminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym NFZ. Jednocześnie wyjaśnienia wymaga, że nadwykonania z grupy świadczeń tzw. nielimitowanych oddziały wojewódzkie NFZ finansują w trakcie każdego okresu rozliczeniowego w terminach i skali wynikającej z poziomu wolnych środków bieżącego planu finansowego, natomiast ostatecznie rozliczenie za każdy rok następuje w pełni. W odniesieniu do kwestii finansowania świadczeń ponadlimitowych udzielanych w limitowanych zakresach świadczeń należy wskazać, że skala ich rozliczeń jest uzależniona od możliwości finansowych NFZ, z uwzględnieniem przepisów art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym.

Jednocześnie, zgodnie z zapewnieniami NFZ, w zakresie posiadanych kompetencji oraz środków finansowych oddziały wojewódzkie NFZ, w tym Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (ŚOW NFZ), prowadzą na bieżąco działania zmierzające do zmiany warunków finansowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno na wniosek świadczeniodawców jak i z inicjatywy własnej oddziału wojewódzkiego NFZ, uwzględniające m.in. wyniki analizy stopnia wykorzystania przez świadczeniodawców środków zaangażowanych w umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Działania te ukierunkowane są na optymalne wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w planie oddziału wojewódzkiego NFZ i wzrostu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w kontekście poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, zakontraktowania większej liczby świadczeń i opłacenia nadwykonań.

ŚOW NFZ poinformował także, iż za 2025 r. zostały sfinansowane wszystkie procedury nielimitowane oraz leki w programach terapeutycznych, natomiast w 2026 r. Szpital Powiatowy we Włoszczowie otrzymał już zapłatę za świadczenia wykonane ponad limit na kwotę 2 178 145,50 zł (dane wg stanu na 15 lipca br.).

Odnosząc się do pytań dotyczących badań diagnostycznych (ASDK) pragnę podkreślić, że z uwagi na aktualną sytuację finansową Narodowego Funduszu Zdrowia, priorytetem dla Ministra Zdrowia jest wdrażanie konkretnych działań, mających na celu jej poprawę, przy jednoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. Mając na względzie powyższe, w odniesieniu do kwestii wprowadzonych zmian w rozliczaniu nadwykonań świadczeń diagnostycznych, 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.

Zarządzenie Nr 34/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2026 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna zakłada utrzymanie nielimitowanego rozliczania świadczeń z tym, że świadczenia diagnostyczne tj. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, kolonoskopia i gastroscopia, wykonane ponad wartość umowy, NFZ będzie finansował stawką korygującą. Zmiany w finansowaniu tzw. nadwykonań dla świadczeń zaliczanych do ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych pozwolą utrzymać priorytetowy dostęp do świadczeń dla pacjentów onkologicznych z kartą DiLO, dzieci i innych pacjentów, którzy wymagają pilnej interwencji medycznej.

Ponadto pragnę zapewnić, że równocześnie prowadzone są analizy realizacji i finansowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, aby ocenić rezultat wprowadzonych zmian.

Zniesienie limitów w diagnostyce ambulatoryjnej, podobnie jak w całej opiece specjalistycznej, miało zmniejszyć kolejki do ww. badań. W realizacji tych świadczeń NFZ zaobserwował jednak trend polegający na wzroście wartości świadczeń niewspółmiernym do wzrostu liczby zrealizowanych świadczeń i wzrostu liczby pacjentów, u których wykonano diagnostykę.

Dodatkowym elementem, na który zwrócił uwagę NFZ jest struktura zatrudnienia. W ramach analizowanych świadczeń, na podstawie przeprowadzonej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji analizy można stwierdzić, że większość lekarzy (95%) w ASDK zatrudnionych jest na podstawie kontraktu, co implikuje, że wynagrodzenie jest pochodną liczby świadczeń. Przy nielimitowym sposobie finansowania świadczeń istnieje zatem oczywisty bodziec ekonomiczny do zwiększania ich liczby. Zjawisko to zaobserwować można pośrednio m. in. w obszarze wzrostu liczby świadczeń przypadających w danym roku na jednego pacjenta.

NFZ przeprowadził również analizę mającą na celu wskazanie liczby pacjentów, u których wykonano w danym roku określoną liczbę badań danego typu. Jako badanie dodatkowe określono każde kolejne badanie (poza pierwszym) wykonane w danym roku u pacjentów, u których sprawozdano przynajmniej trzy badania rocznie. Wskazano również jakim odsetkiem badań zrealizowanych w danym roku są badania dodatkowe.

NFZ wskazał, 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 wnosili pracownicy wykonujące te badania. Przeprowadzone analizy i kontrole wskazują, że nielimitowe rozliczanie badań diagnostycznych stanowi swoistą ekonomiczną motywację do generowania dużej ich liczby. Celem wprowadzenia mechanizmów zaproponowanych w Zarządzeniu Prezesa NFZ nr 34/2026/DSOZ z dnia 31 marca 2026 r. było więc również przeciwdziałanie opisanemu zjawiskom.

Ponadto zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2026 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw wypracowania rekomendacji związanych z poprawą jakości i dostępności badań w diagnostyce obrazowej (Dz. Urz. Min. Zdr. 2026.31) został utworzony specjalny zespół ekspertów z udziałem m.in. prof. Edyty Szurowskiej, konsultant krajowej w dziedzinie

radiologii i diagnostyki obrazowej. W ramach prac Zespołu prowadzone są intensywne prace analityczne i organizacyjne, a do jego zadań należy opracowanie rekomendacji dotyczących:

- 1) dostępności badań obrazowych, w tym badań z użyciem promieniowania jonizującego;
- 2) sposobu organizacji świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących badania z użyciem promieniowania jonizującego, w szczególności w kontekście bezpieczeństwa pacjentów – w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 3) standardu kierowania na wybrane badania obrazowe w ramach dobrej praktyki klinicznej oraz struktury opisu lub interpretacji badania radiologicznego dla wybranych wskazań, lub lokalizacji narządowych;
- 4) rozwiązań związanych z wykorzystaniem nowych technologii, zmian organizacyjnych lub warunków wymaganych dla realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu diagnostyki obrazowej.

Mając powyższe na uwadze pragnę zapewnić, że działania podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia mają na celu poprawę funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia. Natomiast osiągnięcie celu jakim jest poprawa sytuacji finansowej w ochronie zdrowia, niewątpliwie wpłynie na poszerzenie możliwości finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych w szpitalach powiatowych.

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