



Minister Zdrowia

ASG.050.208.2026.MGL
Warszawa, 25 września 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek
Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,
w odpowiedzi na interpelację nr 19248, przekazaną przez Pana Marka Tomasza Hoka w sprawie wpływu zmiany zasad rozliczania świadczeń pozalimitowych na dostępność diagnostyki onkologicznej z dnia 25 sierpnia 2026 r., a także w ślad za prolongatą terminu udzielenia odpowiedzi z dnia 14 września 2026 r., znak: ASG.050.208.2026.MGL, uprzejmie informuję.

Zgodnie ze stanowiskiem Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, w kontekście pytań związanych z mechanizm degeneracyjności z tytułu nadwykonań nie dotyczy świadczeń ukierunkowanych na ukierunkowaną diagnostykę onkologiczną. Świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) są realizowane w ramach tzw. „pakietów onkologicznych”, a także zlecane w ich przebiegu np. badania tomografii komputerowej (TK), rezonansu magnetycznego (RM), badania endoskopowe przewodu pokarmowego – nie podlegają regresji finansowej z tytułu nadwykonań. Ponadto, z ograniczeń w finansowaniu wyłączone są również świadczenia zdrowotne udzielane pacjentom pediatrycznym oraz świadczenia zdrowotne udzielane osobom powyżej 18 r.ż.:

- będącym w trakcie leczenia onkologicznego prowadzonego w oparciu o kartę DiLO (przy czym podkreślam, że monitorowanie leczenia w ramach programów lekowych powinno być rozliczane poprzez produkty dedykowane dla monitorowania tych programów),
- pozostającym w monitorowaniu po zakończonym leczeniu onkologicznym (follow – up onkologiczny),
- badania przesiewowe (np. kolonoskopia przesiewowa) finansowane na podstawie odrębnych umów w ramach programów profilaktycznych.

Ponadto, wyraźnie należy podkreślić, że każdy świadczeniodawca zobowiązany jest do wykonywania świadczeń w sposób kompleksowy, zatem podmiot realizujący świadczenia w zakresie RM czy TK, w przypadku konieczności badania kilku okolic anatomicznych, powinien planować wykonanie tych badań możliwie w ramach jednej wizyty, z uwzględnieniem wskazań medycznych.

Należy jednocześnie wskazać, że świadczenia w zakresie AOS mają największy udział w świadczeniach nielimitowanych. Na przestrzeni lat wartość wykonanych świadczeń

w tym zakresie wzrosła kilkakrotnie więcej niż ich liczba. Wprowadzone przez Fundusz zmiany mają na celu ograniczenie powstawania niekorzystnych bodźców ekonomicznych oraz mobilizację placówek do kompleksowego planowania badań podczas jednej wizyty (zamiast rozdzielania badań u jednego pacjenta na wiele kolejnych wizyt), które w rezultacie zniwelują opóźnienia w rozpoczęciu skutecznego leczenia i realnie skróca czas diagnostyki. Tym samym prowadzone działania nie powinny skutkować ograniczaniem możliwości wczesnego rozpoznawania chorób nowotworowych i nie są sprzeczne z celem Narodowej Strategii Onkologicznej, która zakłada poprawę wykrywalności oraz skuteczności leczenia nowotworów. Niezależnie od powyższego, analizy realizacji i finansowania świadczeń są prowadzone na bieżąco, a Fundusz wnikliwie monitoruje realizację świadczeń dla pacjentów, po to, aby ocenić rezultat wprowadzonych zmian. Szczegółowo zasady rozliczania i finansowania świadczeń w omawianym zakresie reguluje Zarządzenie nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/43457/Zarzadzenie-132_2024_DSOZ

Zasady sprawozdawczości i rozliczania świadczeń na rzecz pacjentów onkologicznych są jednolite w całej Polsce, a w każdym przypadku podejrzenia nowotworu lekarz ma możliwość natychmiastowego wystawienia karty DiLO, co gwarantuje pacjentom wejście na dedykowaną ścieżkę szybkiej diagnostyki onkologicznej, z obowiązkiem przestrzegania przez świadczeniodawców czasów realizacji świadczeń, określonych na podstawie obowiązujących przepisów.

Świadczeniodawca realizujący diagnostykę onkologiczną i leczenie onkologiczne, na podstawie karty DiLO oraz na warunkach określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 357 z późn. zm.), powinien zapewnić realizację diagnostyki onkologicznej, składającej się z diagnostyki wstępnej i diagnostyki pogłębionej, a w szczególności jest zobowiązany do jej realizacji w terminach nieprzekraczających:

- **28 dni** - w przypadku diagnostyki wstępnej, przy czym rozpoczęcie diagnostyki następuje w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia lub porady specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono podejrzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego i wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego;
- **21 dni** - w przypadku diagnostyki pogłębionej, przy czym rozpoczęcie diagnostyki następuje w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia:
 - zakończenia diagnostyki wstępnej lub porady specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy i wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, jeżeli jest ona realizowana u tego samego świadczeniodawcy, albo
 - wpisania świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, w przypadku realizacji przez innego świadczeniodawcę diagnostyki pogłębionej, dotyczącej innej lokalizacji nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego niż będąca podstawą realizacji diagnostyki wstępnej, albo
 - wpisania świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia lub porady specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy i wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, w przypadku realizacji przez innego świadczeniodawcę diagnostyki pogłębionej.

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